Buku Seri Studi Kualitatif
Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat

Geliat Sistemik Kabupaten Lombok Barat

Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Lombok Barat

Agung Dwi Laksono
Mara Ipa
Ina Kusrini
Arief Sudrajat

Geliat Sistemik
Kabupaten Lombok Barat

Agung Dwi Laksono
Mara Ipa
Ina Kusrini
Arief Sudrajat

PENERBIT PT KANISIUS

Geliat Sistemik Kabupaten Lombok Barat
1015003044

Penerbit PT Kanisius (Anggota IKAPI)
Jl. Cempaka 9, Deresan, Caturtunggal, Depok, Sleman,
Daerah Istimewa Yogyakarta 55281, INDONESIA
Kotak Pos 1125/Yk, Yogyakarta 55011, INDONESIA
Telepon (0274) 588783, 565996; Fax (0274) 563349
E-mail : office@kanisiusmedia.com
Website : www.kanisiusmedia.com

Cetakan ke-	3	2	1
Tahun	17	16	15

Editor : Prof. dr. Agus Suwandono, MPH, Dr.PH
Dr. Trihono, M.Sc
Dr. Semiarto Aji Purwanto
Atmarita, MPH., Dr.PH
Desainer isi : Oktavianus
Desainer sampul : Agung Dwi Laksono

ISBN 978-979-21-4379-9

Dicetak oleh PT Kanisius Yogyakarta

DEWAN EDITOR

Prof. dr. Agus Suwandono, MPH, Dr.PH guru besar pada Universitas Diponegoro Semarang, sekaligus Profesor Riset dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

Dr. Trihono, M.Sc Ketua Komite Pendayagunaan Konsultan Kesehatan (KPKK), yang juga Ketua Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI), sekaligus konsultan *Health Policy Unit* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Dr. Semiarto Aji Purwanto antropolog, Ketua Dewan Redaksi Jurnal Antropologi Universitas Indonesia, sekaligus pengajar pada Departemen Antropologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia di Jakarta.

Atmarita, MPH., Dr.PH doktor yang *expert* di bidang gizi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada International Development Research Centre, Ottawa, Canada, atas dukungan finansial yang diberikan untuk kegiatan pengembangan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat tahun 2013 dan studi kasus kualitatif gambaran peningkatan dan penurunan IPKM di Sembilan Kabupaten/Kota di Indonesia.

"This work was carried out with the aid of a grant from the International Development Research Centre, Ottawa, Canada."

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur kepada Allah SWT selalu kami panjatkan, karena dengan rahmat dan karunia-Nya buku ini telah dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini merupakan bagian dari sembilan buku seri hasil studi kualitatif di sembilan Kabupaten/Kota (Nagan Raya, Padang Sidempuan, Tojo Una-Una, Gunungkidul, Wakatobi, Murung Raya, Seram Bagian Barat, Lombok Barat, dan Tolikara) di Indonesia, sebagai tindak lanjut dari hasil Indeks Pembagunan Kesehatan Masyarakat.

Hasil Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) menunjukkan hasil yang bervariasi di antara 497 Kabupaten/Kota di Indonesia. Beberapa Kabupaten/Kota mengalami peningkatan ataupun penuruna nilai IPKM pada tahun 2013 ini dibandingkan dengan IPKM 2007. Sembilan buku seri ini akan menggambarkan secara lebih mendalam faktor-faktor yang berkaitan dengan penurunan ataupun peningkatan nilai IPKM yang berkaitan dengan kondisi sosial, ekonomi, budaya, maupun geografis wilayah Kabupaten/Kota. Buku ini diharapkan dapat memberikan semangat ataupun pemikiran yang inovatif bagi Kabupaten/Kota lokasi studi kualitatif dilakukan, dalam membangun kesehatan secara lebih terarah dan terpadu. Disamping itu, buku ini dapat memberikan suatu pembelajaran bagi Kabupaten/Kota lainnya dalam meningkatkan status kesehatan masyarakatnya.

Penghargaan yang tinggi serta terima kasih yang tulus kami sampaikan atas semua dukungan dan keterlibatan yang optimal kepada tim penulis buku, *International Development Research*

Center (IDRC) Ottawa, Canada, peneliti Badan Litbangkes, para pakar di bidang kesehatan, serta semua pihak yang telah berpartisipasi dalam studi kualitatif dan penulisan buku ini. Kami sampaikan juga penghargaan yang tinggi kepada semua pihak di daerah Provinsi, Kabupaten/Kota sampai dengan tingkat Desa baik di sektor kesehatan maupun non-kesehatan serta anggota masyarakat, yang telah berpartisipasi aktif dalam studi kualitatif di sembilan Kabupaten/Kota.

Kami menyadari masih banyak kekurangan dan kelemahan dari penyusunan buku ini, untuk itu akan menerima secara terbuka masukan dan saran yang dapat menjadikan buku ini lebih baik. Kami berharap buku ini selanjutnya dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Billahittaufiqwalhidayah, Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Jakarta, Juli 2015

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Kementrian Kesehatan RI.

Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama
SpP (K)., MARS., DTM&H., DTCE.

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

Bab 1

PENDAHULUAN

Upaya membangun kualitas manusia merupakan sasaran yang akan dicapai sebuah bangsa dalam rangka mewujudkan bangsa yang berdaya saing. Upaya pembangunan tersebut ditujukan untuk kepentingan seluruh penduduk tanpa kecuali. Tanpa membedakan jenis kelamin, usia, suku, maupun status sosial. Upaya tersebut secara global diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Bila IPM meningkat maka dapat diartikan bahwa upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia sebuah bangsa menunjukkan arah yang sudah benar.

IPM merupakan sebuah pendekatan alternatif yang digunakan untuk mengevaluasi tingkat kemajuan pembangunan. IPM merupakan ukuran komposit dari pencapaian dalam tiga dimensi dasar dari pembangunan manusia yakni hidup yang sehat dan panjang umur, akses terhadap pengetahuan, dan standar hidup yang layak. Kesehatan merupakan salah satu komponen dari IPM yang digunakan sebagai prediksi rata-rata umur harapan hidup (UHH) sebagai indikator pembangunan manusia yang sehat dan panjang umur. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan diutamakan bagi penduduk rentan yakni ibu, bayi, anak, usia lanjut, dan keluarga miskin yang dilaksanakan melalui upaya peningkatan upaya pokok pembangunan kesehatan (Badan Litbangkes, 2014).

Dalam menilai keberhasilan pembangunan kesehatan, Badan Litbangkes mengembangkan sebuah indeks yang berisi

kumpulan indikator yang dapat dengan mudah dan langsung diukur untuk menggambarkan masalah kesehatan. Indeks pembangunan kesehatan masyarakat yang kemudian dikenal dengan IPKM akan memberikan gambaran perkembangan pembangunan kesehatan beserta peringkat per kabupaten/kota. Secara langsung maupun tidak langsung kumpulan indikator ini dinilai dapat meningkatkan UHH masyarakat.

Pada tahun 2010, IPKM 2007 dibentuk melalui 24 indikator, sedangkan pada tahun 2014 IPKM 2013 dikembangkan menjadi 30 indikator. Indeks tersebut diformulasikan berdasarkan pada data survei yang dilakukan secara langsung di masyarakat. Beberapa survei tersebut adalah Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS), dan Survei Potensi Desa (PODES).

IPKM dikembangkan berdasarkan indikator pembangunan kesehatan yang selama ini digunakan, faktor determinan kesehatan, dan prioritas pembangunan kesehatan. Beberapa indikator pembangunan kesehatan adalah kesehatan balita, kematian ibu, kematian bayi, penyakit menular, penyakit tidak menular, kesehatan reproduksi, perilaku beresiko serta status gizi kelompok rentan. Faktor determinan kesehatan mencakup aspek perilaku dan lingkungan. Prioritas pembangunan kesehatan diarahkan pada mengatasi besaran masalah di populasi, tingkat keparahan dan dampaknya bagi kehidupan masyarakat.

IPKM yang dirumuskan pada tahun 2010 mengalami perubahan indikator pada pengembangan model dalam IPKM 2013. Beberapa variabel ditambahkan, disempurnakan, dan ada juga yang dihilangkan. Meskipun demikian hasil uji korelasi antar indeks menunjukkankorelasi yang sangat kuat yakni sebesar 0,90.

Dengan demikian, masih memungkinkan menyandingkan angka IPKM 2010 dengan pengembangan model IPKM 2013. Dalam pengembangannya, model IPKM 2013 menyajikan indikator yang lebih lengkap dan disempurnakan.

Berikut adalah indikator yang digunakan dalam pengembangan model IPKM 2013:

1) Proporsi balita gizi buruk dan kurang
2) Proporsi balita yang pendek dan sangat pendek
3) Akses air bersih
4) Akses sanitasi
5) Penimbangan balita
6) Kunjungan neonatal
7) Imunisasi lengkap
8) Proporsi kecamatan dengan kecukupan jumlah dokter
9) Proporsi desa dengan kecukupan jumlah bidan
10) Persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan
11) Balita gemuk
12) Diare balita
13) Hipertensi
14) Pneumonia
15) Cuci tangan dengan benar
16) Gangguan mental
17) Merokok
18) Sakit gigi dan mulut
19) Cedera
20) ISPA balita
21) Penggunaan alat kontrasepsi
22) Pemeriksaan kehamilan
23) Kurang Energi Kronik (KEK) pada WUS

24) Proporsi desa dengan kecukupan jumlah Posyandu
25) Kepemilikan jaminan palayanan kesehatan
26) Buang air besar di Jamban
27) Aktivitas fisik cukup
28) Menggosok gigi yang benar
29) Diabetes Mellitus (DM)
30) Obesitas sentral.

Hasil IPKM 2007 telah mengidentifikasikan sebuah wilayah menjadi daerah bermasalah kesehatan atau tidak. Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM di antara rerata sampai dengan –1 (minus satu) simpang baku (Kemenkes RI., 2011).

Hasil evaluasi yang dilakukan pada tahun 2014 merupakan bahan kajian dalam studi ini. Adanya perubahan ke arah positif maupun negatif hasil IPKM 2013 jika dibandingkan dengan IPKM 2007 menjadikan landasan dalam pemilihan wilayah, untuk dipakai dalam menggali lebih lanjut secara kualitatif latar belakang di balik perubahan ini.

1.1 Mengapa Kabupaten Lombok Barat?

Kabupaten Lombok Barat merupakan daerah bermasalah kesehatan, dalam kategori miskin. Menurut data pendataan status sosial ekonomi (PSE) tahun 2011, Kabupaten Lombok Barat memiliki angka PSE 19,7%. Nilai ini berada di atas rerata PSE kabupaten/kota nasional, yang berada pada kisaran 14,53% (Kemenkes RI, 2011). Informasi dari sumber lain menyebutkan bahwa proporsi penduduk miskin pada tahun 2013 sebesar 17,42% dengan angka garis kemiskinan 313.612 (Badan Pusat Statistik Kabupaten Lombok Barat, 2013).

Berdasarkan hasil penghitungan IPKM tahun 2010 di Provinsi Nusa Tenggara Barat menempatkan Kabupaten Lombok Barat sebagai DBK dengan nilai 0,46. Secara lebih detail informasi perbandingan capaian IPKM Kabupaten Lombok Barat di antara kabupaten/kota lain di Provinsi Nusa Tenggara Barat dapat dilihat pada Tabel 1.1.

Namun demikian, meski Kabupaten Lombok Barat masuk dalam kategori DBK dan miskin, hasil evaluasi berdasarkan nilai IPKM 2013 terjadi perubahan ke arah positif. Hal ini menunjukkan adanya perbaikan meskipun apabila dilihat dari besaran perubahannya bukan merupakan perubahan yang mencolok. Perubahan positif ini dapat dilihat dari adanya peningkatan skor IPKM dari 0,46 (IPKM 2007) menjadi 0,66 (IPKM 2013). Perubahan ini juga dapat dilihat dari kenaikan peringkat nasional, yang semula 296 pada tahun 2007 menjadi 274 pada tahun 2013 dengan menggunakan model IPKM tahun 2007, dan 259 berdasarkan pengembangan model IPKM tahun 2013.

Hal inilah yang menjadi latar belakang pemilihan Lombok Barat sebagai wilayah studi ini. Bagaimana perubahan ini bisa terjadi dan apa sajakah upaya positif pemerintah setempat dan masyarakat yang menjadi daya ungkit bagi peningkatan status kesehatan masyarakat? Hal inilah yang akan digali lebih lanjut.

Tabel 1.1 Kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat dalam 9 Indikator Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat pada Tahun 2007

Kabupaten /Kota	IPKM	Ranking IPKM Propinsi	Ranking IPKM Nasional	Pen-duduk Miskin	Balita Gizi Buruk & Kurang	Balita Pendek & Sangat Pendek	Balita Kurus & Sangat Kurus	Sani-tasi	Akses Air Bersih	Persa-linan ke Nakes	Pemerik-saan KN 1	Imuni-sasi Lengkap	Balita Di-timbang
Mataram	0,627411	1	48	9,67	13,42	35,24	14,22	50,42	70,83	95,43	53,57	45,00	48,00
Sumbawa Barat	0,499877	2	234	28,63	21,38	46,54	14,22	45,35	54,17	58,45	65,38	15,31	43,64
Lombok Timur	0,495927	3	237	25,60	25,47	43,15	15,09	29,00	61,78	79,32	62,50	24,95	48,37
Kota Bima	0,485410	4	252	11,85	26,81	49,44	14,48	46,44	80,58	72,09	51,43	23,23	38,94
Bima	0,467318	5	284	25,12	33,20	46,59	20,79	32,67	80,39	48,78	55,26	28,84	55,81
Lombok Tengah	0,467282	6	286	25,74	18,22	45,02	9,01	15,68	69,26	64,26	59,46	34,75	52,87
Lombok Barat	0,462781	7	296	28,97	27,59	41,74	17,62	21,67	70,52	76,45	63,33	22,71	45,09
Sumbawa	0,459297	8	303	28,78	27,77	48,26	20,79	46,22	71,76	62,20	44,00	22,11	26,66
Dompu	0,441806	9	336	28,57	29,99	42,26	21,15	35,46	69,93	51,44	47,06	18,73	32,88

Sumber: Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan, 2010

Meski secara umum telah terjadi perubahan ke arah positif pembangunan kesehatan di Kabupaten Lombok Barat bukan berarti kabupaten ini sudah terbebas dari permasalahan kesehatan. Kesehatan balita, akses air bersih, dan akses sanitasi masih merupakan "PR" yang belum selesai bagi pembangunan kesehatan daerah setempat dengan tidak meninggalkan prioritas masalah kesehatan yang lain seperti kesehatan ibu, penyakit menular, penyakit tidak menular, dll.

1.2 Metode

Studi ini bertujuan untuk menggali lebih lanjut informasi terkait program kesehatan, isu kesehatan, serta sumber daya kesehatan dari perspektif penyelenggara kesehatan, masyarakat, dan lintas sektor non kesehatan. Secara khusus, studi ini ditujukan untuk:

1) Menggali informasi terkait program kesehatan yang sudah ada (*strength* dan *weakness*) dari perspektif kesehatan, non-kesehatan dan masyarakat
2) Mempelajari lebih lanjut kontribusi lintas sektor
3) Menggali informasi peran serta masyarakat
4) Menggali informasi terkait isu kesehatan di wilayah setempat
5) Menggali kebutuhan dan arah ke depan untuk program kesehatan di daerah.

Metode pengumpulan data pada studi ini terdiri dari tiga jenis metode. Tiga metode tersebut adalah wawancara mendalam, observasi atau pengamatan lapangan dan penelusuran dokumen.

Informasi digali dari beberapa informan pada strata yang berbeda yang sekaligus berfungsi sebagai triangulasi sumber informasi. Informan tersebut terdiri dari para pengambil keputusan di sektor kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan lintas sektor.

Pada studi ini data yang diperoleh dianalisis dengan menggunakan metode "*content analysis*". Data akan diolah dengan menggunakan matriks dan skema hubungan. Analisis dilakukan dengan mengkategorikan isi (*content*) berdasarkan tema yang telah dipersiapkan sebelumnya, meski tidak menutup kemungkinan untuk munculnya tema baru berdasarkan informasi di lapangan. Selanjutnya dilakukan analisis untuk melihat keterkaitan antara satu dengan lainnya.

Tema yang akan digali dalam analisis data kualitatif mencakup:

1. Dukungan kebijakan dan strategi intervensi
    a. Perencanaan
    b. Pelaksanaan
    c. Monev
2. Peran lintas sektor
    a. Koordinasi/komunikasi
    b. Kerja sama
    c. Kebijakan berwawasan kesehatan
3. Peran serta masyarakat
    a. UKBM
    b. Sumber daya kesehatan
    c. Kualitas, akses

d. Nilai dan pemahaman tentang kesehatan, perilaku hidup bersih dan sehat, penyakit dan pelayanan kesehatan yang ada pada anggota masyarakat.

4. Peran dan kebutuhan pendampingan, pendampingan PDBK
5. Penggalian isu kesehatan di lokasi Kabupaten Lombok Barat terkait indikator IPKM (gizi balita, pelayanan kesehatan ibu hamil, persalinan dan nifas, serta kesehatan lingkungan). Dalam studi kasus pada ketiga topik terpilih selanjutnya akan digali lebih mendalam pada beberapa informan terpilih.

Pengumpulan data kualitatif dilakukan setelah responden atau informan setuju untuk secara sukarela berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menyediakan lembar persetujuan mengikuti kegiatan dalam penelitian ini yang ditandatangani oleh informan, disertai lembar penjelasan (lembar persetujuan dan lembar penjelasan terlampir). Dalam lembar penjelasan ditekankan aspek-aspek latar belakang, tujuan dan manfaat penelitian, kerahasiaan informasi, dan kebersediaan secara sukarela. Penelitian ini akan mengajukan persetujuan etik dari Komisi Etik Badan Litbangkes. Dalam penelitian ini juga dilengkapi dengan data profil kabupaten terpilih yang mencakup:

1) Laporan Cakupan
   a. Imunisasi
   b. KIA
2) Sumber daya
   a. Tenaga
   b. Fasilitas
   c. Dana

3) Dan isu kesehatan lain yang terkait di masing-masing Kabupaten
4) Profil Kabupaten Lombok Barat di bidang kesehatan.

Bab 2

SELAYANG PANDANG KABUPATEN LOMBOK BARAT

Kabupaten Lombok Barat merupakan sebuah wilayah administratif yang terletak di bagian barat Pulau Lombok. Sebelum mengalami pemekaran, Kota Mataram, yang juga merupakan ibu kota Provinsi Nusa Tenggara Barat, merupakan bagian dari wilayah Kabupaten Lombok Barat. Selain Kota Mataram, Kabupaten Lombok Utara merupakan pemekaran paling akhir dari Kabupaten Lombok Barat.

2.1 Kondisi Wilayah dan Kependudukan

Secara umum, Pulau Lombok memiliki potensi besar berupa pemandangan alam yang indah, keberadaan *gili* atau pulau kecil yang banyak dan kondisi tanahnya yang sangat subur sebagai wilayah agraris. Kabupaten Lombok Barat merupakan salah satu dari 10 kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Barat yang berada di pulau ini. Dengan garis pantai sepanjang 192 km, jumlah *gili* 23 buah, dan luas laut sebesar 1.389,6 km^2, Kabupaten Lombok Barat menyimpan juga potensi tersebut (BPS Lombok Barat, 2014).

Secara administrasi Kabupaten Lombok Barat yang beribukota di Gerung terbagi ke dalam 10 wilayah kecamatan yakni Kecamatan Sekotong, Lembar, Gerung, Labuapi, Kediri, Kuripan, Narmada, Lingsar, Gunungsari, Batu Layar. Kecamatan terluas adalah Kecamatan Sekotong dengan proporsi wilayah

52.23% atau sekitar 529,38 km^2 dan kecamatan tersempit adalah Kecamatan Kediri dan Kuripan dengan proporsi wilayah 2,05% atau sekitar 21,64 km^2. Di samping itu, secara keseluruhan jumlah wilayah terendah berupa desa, kelurahan, dan dusun terbagi menjadi 115 desa definitif, 3 kelurahan dan 796 dusun (BPS Lombok Barat, 2014).

Kabupaten Lombok Barat memiliki luas wilayah sekitar 1.053,92 km^2, dan dibatasi oleh: sebelah Utara pada 8^0 24' 33,82" LS – 116^0 20' 15,62" BT Kabupaten Lombok Utara, Sebelah Selatan pada 8^0 55' 19" LS – 116^0 0' 5" BT Samudera Hindia, Sebelah Barat pada 8^0 45' 11,15" LS – 115^0 49,12' 4" BT Selat Lombok dan Kota Mataram, Sebelah Timur pada 8^0 52' 22,29" LS – 116^{0}6' 33,7" BT Kabupaten Lombok Tengah.

Secara umum, kondisi bentang wilayah di Kabupaten Lombok Barat cenderung tidak seragam, namun terdiri dari berbagai kombinasi dari tiga pola daratan, yaitu pola daerah daratan rata, pesisir, dan perbukitan. Pola wilayah yang cenderung dominan dengan daratan pesisir terentang dari arah selatan ke utara berada di bagian barat kemudian diikuti dengan wilayah dengan pola daratan rata dan yang terakhir di wilayah yang berada di bagian dalam merupakan daerah pegunungan (perbukitan) yang juga terentang dari wilayah utara dan selatan.

Gambar 2.1 Peta Wilayah Kerja Pemerintah
Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Pemerintah Kabupaten Lombok Barat, 2012

Dampak dari pola bentang wilayah Kabupaten Lombok Barat yang beragam, menyebabkan ketinggian di setiap wilayah berbeda-beda. Berdasarkan ketinggian, wilayah yang berada di ketinggian 0-100 meter di atas permukaan laut luas wilayahnya mencapai 35.798 Ha atau 41,49%, kemudian wilayah pada ketinggian 100-500 meter mencapai 42.193 Ha atau 48,93 %, sedangkan pada ketinggian 500-1.000 meter mencapai 7.760 Ha atau 8,99 %, dan ketinggian di atas 1.000 meter mencapai 511 Ha atau 0,59% dari luas wilayah Kabupaten Lombok Barat.

Wilayah Kabupaten Lombok Barat memiliki alur sungai dengan kondisi yang beragam, dari kondisi sungai yang airnya jernih dan kotor, hingga pola debit aliran yang lancar hingga yang tidak lancar. Jumlah sungai yang berada di setiap kecamatan berbeda-beda jumlahnya. Kecamatan Lingsar yang paling banyak, cenderung berada di tiga alur sungai yaitu Midang,

Jangkok, dan Ancar. Kemudian Kecamatan Kuripan dan Sekotong dengan jumlah sungai sebanyak dua alur yaitu Sulin dan Dalem, kemudian Kelep dan Pelangan. Kecamatan yang lain umumnya hanya memiliki satu alur sungai.

Proporsi jenis penggunaan lahan yang berada di Kabupaten Lombok Barat didominasi lahan bukan sawah dengan luas 42,774 ha, kemudian sawah irigasi sebesar 17,001 ha, dan yang terakhir lahan bukan pertanian sebesar 26,407 ha. Kecamatan Sekotong memiliki ukuran sawah terluas sebesar 3.040 ha, Kecamatan Gerung sebesar 2.632 ha, dan Narmada sebesar 2.242 ha. Lahan sawah paling sempit berada di Kecamatan Batu Layar sebesar 260 ha. Luasan lahan yang bukan sawah didominasi Kecamatan Sekotong dengan luas 22.590 ha, kemudian Kecamatan Gunungsari sebesar 4.017 Ha, dan Kecamatan Narmada sebesar 3.646 ha. Lahan bukan sawah paling sempit berada di wilayah Kecamatan Kediri sebesar 246 ha. Untuk luasan lahan bukan pertanian, Kecamatan Sekotong memiliki luas lahan sebesar 7.415 ha, kemudian Kecamatan Narmada dengan luas 4.874 ha, Lingsar 4.588 ha. Sedang luasan lahan bukan pertanian yang tersempit di wilayah Kecamatan Kediri sebesar 463 ha.

Berkenaan dengan pola pengairan di tanah sawah, sawah yang diairi dengan irigasi teknis sebesar 10.544 ha, kemudian irigasi setengah teknis sebesar 486 ha, irigasi non teknis sebesar 394 ha, irigasi desa sebesar 1.939 ha, dan tadah hujan sebesar 3.638 ha. Sawah dengan irigasi teknis didominasi di wilayah Kecamatan Gerung sebesar 2.165 ha, kemudian Kecamatan Lingsar sebesar 1.580 ha, dan Kecamatan Narmada sebesar 1.553 ha. Kecamatan Sekotong sama sekali tidak ada sawah dengan irigasi teknis. Sawah dengan irigasi setengah teknis didominasi

di wilayah Kecamatan Narmada sebesar 220 ha, kemudian Kecamatan Batu Layar sebesar 215 ha, dan kecamatan Gunungsari sebesar 51 ha. Kecamatan yang lainnya tidak memilikinya.

Sawah dengan irigasi non teknis didominasi di Kecamatan Lembar sebesar 340 ha dan Kecamatan Kuripan sebanyak 54 Ha. Kecamatan lain tidak memiliki. Sawah dengan irigasi desa non Pembangunan Umum (PU) didominasi di Kecamatan Sekotong sebesar 915 ha, kemudian Kecamatan Narmada sebesar 469 ha, dan Kecamatan Lingsar sebesar 269 ha. Kecamatan Batu Layar memiliki luasan lahan yang paling rendah sebesar 13 ha, sedangkan Kecamatan Gerung, Labuapi, Kediri dan Kuripan sama sekali tidak memiliki. Sawah tipe tadah hujan didominasi di wilayah Kecamatan Sekotong sebesar 2.125 ha, kemudian Kecamatan Lembar sebesar 1.046 ha dan Kecamatan Gerung sebesar 467 ha.

Secara demografis, jumlah penduduk di Kabupaten Lombok Barat pada tahun 2013 berjumlah 620.412 jiwa dengan komposisi 303.210 laki-laki dan 317.202 perempuan. Kondisi ini mengalami peningkatan bila dibandingkan pada tahun 2012 yang berjumlah 613.161 jiwa. Di samping itu, sejak tahun 2009 hingga 2013, tren pertumbuhan jumlah penduduk yang berjenis kelamin wanita cenderung lebih dominan dibandingkan laki-laki, dengan tingkat rasio 95,78 di tahun 2009 hingga 95,59 di tahun 2013. Kecamatan Narmada merupakan daerah dengan populasi penduduk terbesar di antara kecamatan lain yakni 91.041 Jiwa, kemudian diikuti Kecamatan Gunungsari 81.358 Jiwa dan Kecamatan Gerung 77.007 jiwa. Berbeda untuk kepadatan penduduknya, Kecamatan Kediri termasuk kategori padat penduduk dengan 2.561 penduduk per kilometer persegi diikuti Kecamatan Labuapi 2.195

penduduk per kilometer persegi dan Kecamatan Kuripan 1.614 penduduk per kilometer persegi. Kecamatan dengan kepadatan penduduk tiga terendah berturut turut adalah Kecamatan Lembar 726 penduduk per kilometer persegi, kemudian Kecamatan Lingsar 672 penduduk per kilometer persegi, dan Kecamatan Sekotong yang paling rendah tingkat kepadatannya sebesar 109 penduduk per kilometer persegi.

Dilihat dari komposisi jenis kelamin, Kecamatan Narmada memiliki jumlah penduduk berjenis kelamin wanita terbanyak dengan jumlah 46.775 jiwa, diikuti Kecamatan Gunungsari sebesar 41.117 jiwa, dan Kecamatan Gerung sebesar 40.557 jiwa. Kecamatan Kuripan memiliki jumlah wanita paling sedikit yaitu, 17.887 jiwa. Untuk penduduk berjenis kelamin laki-laki, Kecamatan Narmada memiliki jumlah yang paling banyak sebesar 44.266 jiwa, kemudian Kecamatan Gunungsari sebesar 40.241 jiwa. Kecamatan Kuripan memiliki jumlah pria paling sedikit yaitu, 17.328 jiwa. Rasio jenis kelamin di 10 kecamatan yang ada, Kecamatan Batu Layar memiliki rasio jenis kelamin tertinggi sebesar 99.70 (per 100 perempuan), kemudian Kecamatan Sekotong sebesar 99.03, dan Kecamatan Gunungsari sebesar 97.87. Rasio jenis kelamin yang terendah berada di wilayah Kecamatan Gerung sebesar 89.87.

Laju pertumbuhan penduduk di Kabupaten Lombok Barat sebesar 1,49. Setiap kecamatan memiliki laju pertumbuhan penduduk yang cukup beragam. Kecamatan Sekotong memiliki laju penduduk yang paling besar sebesar 2,76, kemudian Kecamatan Batu Layar sebesar 2,71 dan Kecamatan Gunungsari sebesar 2,25. Laju penduduk yang paling rendah berada di Kecamatan Narmada sebesar 0,68.

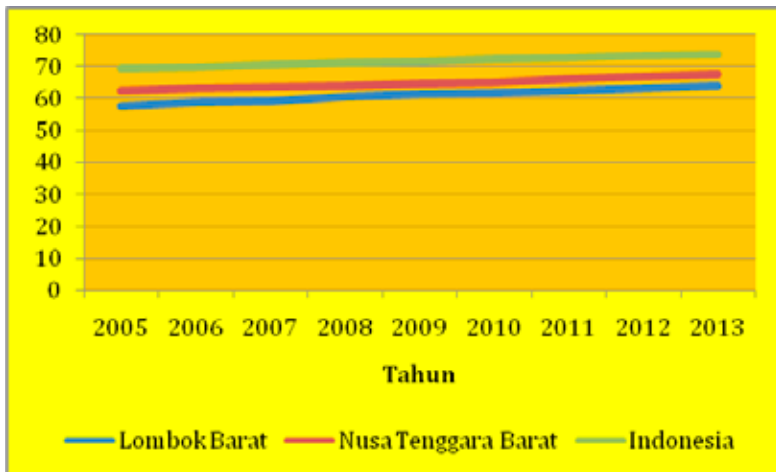
Usia perkawinan laki-laki di Kabupaten Lombok Barat didominasi oleh laki-laki yang berusia 25-30 tahun sebanyak 1.547 orang, kemudian diikuti oleh laki-laki yang berusia 22-24 tahun sebanyak 1.461 orang, laki-laki yang berusia 31-35 sebanyak 1.103 orang dan terakhir laki-laki yang berusia 19-21 tahun sebanyak 621 orang.

Pada perkawinan laki-laki di rentang usia 19-21 tahun, jika dibandingkan sejak tahun 2009 hingga 2014, mengalami penurunan. Sebelumnya tren yang terjadi adalah peningkatan, dari 938 orang di tahun 2009 orang menjadi 1.982 orang di tahun 2012 tetapi menurun di tahun 2014.

Pada perkawinan laki-laki di rentang usia 19-21 tahun, Kecamatan Narmada mendominasi hingga 106 orang, kemudian Kecamatan Lembar sebanyak 100 orang dan Kecamatan Gunung sari sebanyak 89 orang. Usia perkawinan perempuan di Kabupaten Lombok Barat didominasi oleh perempuan yang berusia 20-22 tahun sebanyak 1.488 orang, kemudian diikuti oleh perempuan yang berusia 23-25 tahun sebanyak 1.256 orang, perempuan yang berusia 26-30 sebanyak 1.087 orang, dan terakhir perempuan yang berusia 16-19 tahun sebanyak 896 orang. Pada perkawinan di rentang usia 16-19 tahun, jika dibandingkan sejak tahun 2009 hingga 2014, mengalami penurunan di tahun 2014. Sebelumnya tren yang terjadi adalah peningkatan, dari 583 di tahun 2009 orang menuju 3.981 orang di tahun 2012 dan menurun di tahun 2014.

Pada perkawinan di rentang usia 16-19 tahun, kecamatan Narmada mendominasi hingga 198 orang, kemudian Kecamatan Gunungsari sebanyak 196 orang, dan Kecamatan Lingsar sebanyak 128 orang. Jumlah perkawinan yang paling sedikit

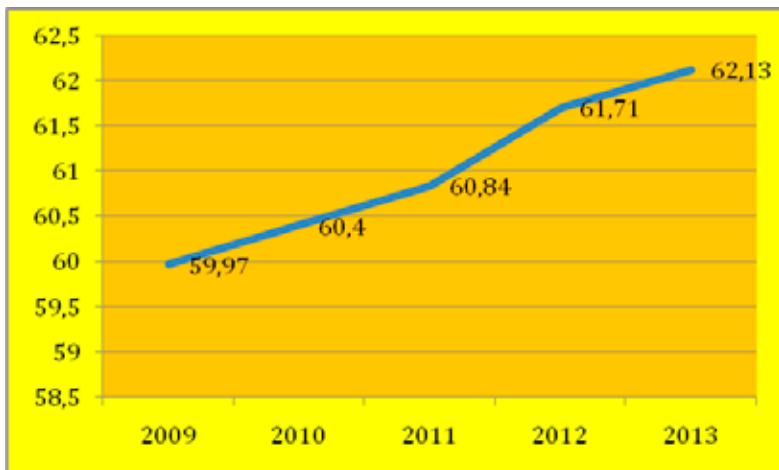
terjadi di Kecamatan Gerung dengan 0 orang, kemudian Kecamatan Lembar sebanyak 9 orang, dan Kecamatan Sekotong sebanyak 45 orang.

Secara umum, dengan menilik perbandingan nilai IPM di Kabupaten Lombok Barat semenjak tahun 2009 hingga 2013 menunjukkan adanya tren ke arah positif di mana ada kecenderungan mengalami peningkatan. Walaupun, nilai rerata IPM di Kabupaten Lombok Barat terlihat masih di bawah nilai rerata IPM di Propinsi Nusa Tenggara Barat dan rerata IPM Nasional.

Gambar 2.2. Tren Nilai IPM Kabupaten Lombok Barat pada Tahun 2005-2013

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2014

Nilai IPM merupakan suatu nilai indeks komposit yang diperoleh dengan menghitung nilai rata-rata dari tiga indeks utama, yaitu indeks kesehatan, pendidikan, dan daya beli masyarakat. Angka yang didapat dari ketiga indeks utama yang disajikan oleh BPS tersebut diperoleh dengan sebuah metode

tertentu yang juga digunakan oleh sebagian besar wilayah di dunia dan sudah diakui oleh badan PP-UNDP.

Angka indeks kesehatan masyarakat akan diperoleh dengan cara mengukur UHH, kemudian untuk angka indeks pendidikan akan diperoleh dengan mengacu pada Angka Melek Huruf (AMH) dan rata-rata lama sekolah (RRLS), dan yang terakhir, angka Indeks Daya Beli akan diperoleh dengan mengukur angka rata-rata konsumsi riil per kapita yang telah disesuaikan dengan standar yang berlaku. Dengan begitu, kita bisa mengatakan bahwa ketiga indeks dasar yang menjadi pondasi atau pilar dalam perolehan angka indeks IPM, akan selalu disertakan secara bersamaan.

Gambar 2.3 Tren Indeks Kesehatan UHH Kabupaten Lombok Barat pada Tahun 2009-2013

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2014

Indeks kesehatan yang diwujudkan dalam bentuk indikator UHH terlihat menunjukkan kenaikan. Diawali pada tahun 2009 dengan UHH 59,97 tahun, diikuti dengan umur 60,4 tahun di

tahun 2010, umur 60,84 tahun di tahun 2011, umur 61,71 tahun di tahun 2012, dan umur 62,13 di tahun 2013. Walaupun ada kenaikan angka UHH dari tahun ke tahun, angka ini ternyata masih berada di bawah angka UHH Provinsi Nusa Tenggara Barat, yang pada tahun 2013 berada pada kisaran 63,21 tahun.

Kesehatan bersama dengan pendidikan dan indeks daya beli merupakan pilar utama dalam pembentukan IPM yang merupakan suatu alat ukur untuk menilai keberhasilan pembangunan manusia. Berdasarkan informasi dari BPS Kabupaten Lombok Barat pada tahun 2013, pendidikan penduduk yang dalam hal ini dikaitkan dengan indikator pada tingkat literasi atau melek huruf, menunjukkan peningkatan. Diawali pada tahun 2009, dengan tingkat literasi sebesar 76,4%, tahun 2010 sebesar 76,41%, tahun 2011 dengan tingkat 76,42%, dan tahun 2012 dengan kenaikan literasi yang sangat tajam dengan tingkat 81,62%.

Gambar 2.4 Tren Indeks Pendidikan Melek Huruf Kabupaten Lombok Barat pada Tahun 2009-2013

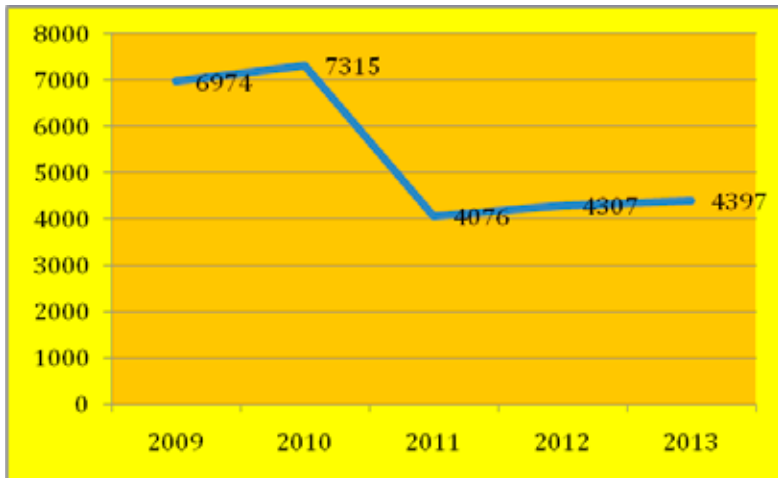
Sumber: Badan Pusat Statistik, 2014

Prestasi peningkatan luar biasa dibandingkan beberapa tahun sebelumnya yang mengalami kenaikan yang tidak terlalu banyak. Tingginya tingkat literasi atau melek huruf di wilayah Kabupaten Lombok Barat dapat dipahami sebagai tingkat buta huruf masyarakat yang sudah mengalami penurunan cakupannya. Masyarakat sudah mengalami pembebasan dari kungkungan buta huruf. Walau demikian, pada tahun 2013 ada sedikit penurunan tingkat literasi menjadi 79,22%.

Keberhasilan meningkatkan tingkat literasi di wilayah Kabupaten Lombok Barat, tidak lepas dari peningkatan infrastruktur pendidikan yang tersebar di wilayah tersebut. Di mana kuantitas infrastruktur pendidikan setiap tahun mengalami peningkatan dalam jumlah demi menyukseskan kegiatan buta aksara. Jumlah keseluruhan sekolah yang dibangun tanpa mengkategorikan berdasarkan jenis sekolah, di wilayah Kabupaten Lombok Barat mengalami peningkatan dari tahun 2009 hingga 2013. Pada tahun 2009, jumlah sekolah yang dibangun sebanyak 413 buah sekolah negeri dan 127 sekolah swasta, kemudian tahun 2010 berjumlah 427 buah sekolah negeri dan 134 sekolah swasta, tahun 2011 berjumlah 434 buah sekolah negeri dan 141 sekolah swasta, tahun 2012 berjumlah 437 sekolah negeri dan 139 sekolah swasta, dan pada tahun 2013 berjumlah 439 sekolah negeri dan 151 sekolah swasta.

Berdasarkan kategori jenis sekolah yang dibangun, pada tahun 2013, terdapat sekolah taman kanak-kanak negeri sebanyak 9 buah dan sekolah swasta sebanyak 82 buah, sekolah dasar negeri sebanyak 331 buah dan sekolah swasta sebanyak 14 buah, SMP Negeri sebanyak 38 buah dan swasta sebanyak 21 buah, Sekolah Perhutanan Tropika Daerah Negeri (SPTD

Negeri) sebanyak 21 buah dan swasta sebanyak 1 buah, Sekolah Menengah Pertama Terbuka (SMPT) negeri sebanyak 9 buah, SMA negeri sebanyak 15 buah dan swasta sebanyak 14 buah, SMK negeri sebanyak 14 buah dan swasta sebanyak 18 buah. Lokasi sekolah yang dibangun tersebar mulai di wilayah perbukitan, daratan, dan pantai.

Di samping jumlah infrastruktur pendidikan mengalami peningkatan, adanya penyediaan dana pengembangan sekolah dan penyediaan bantuan operasional sekolah (BOS) juga sangat membantu keberlangsungan proses belajar dan tingkat partisipasi anak untuk sekolah. Kualitas guru juga mengalami perbaikan. Banyak program yang dilaksanakan berkaitan dengan peningkatan kompetensi guru.

Gambar 2.5 Tren Jumlah Guru Kabupaten Lombok Barat Tahun 2014

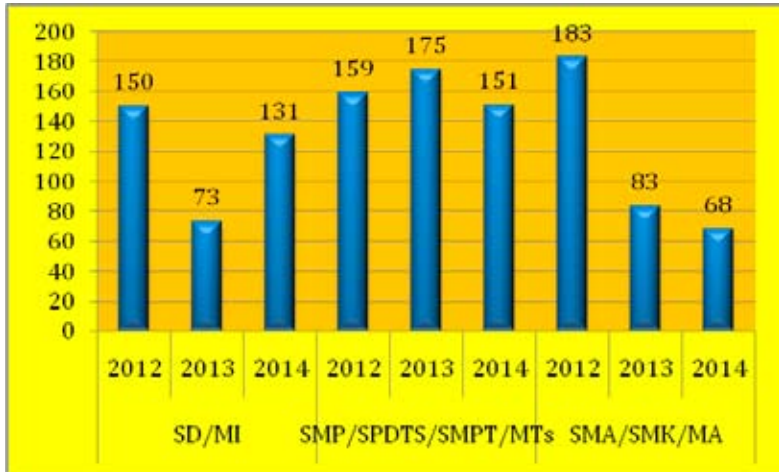
Sumber: Badan Pusat Statistik, 2014

Jumlah guru dari tahun 2009 hingga tahun 2013 mengalami perubahan. Pada tahun 2009, jumlah guru, baik guru laki-laki maupun perempuan berjumlah 6.974 orang, yang kemudian meningkat pada tahu 2010 menjadi 7.315 orang. Namun pada tahun 2011, jumlah guru menjadi berjumlah 4.076 orang. Selanjutnya, pada tahun 2012 kemudian meningkat lagi menjadi 4.307 orang dan terakhir pada tahun 2013 berjumlah 4.397. Para guru inilah yang menjadi ujung tombak peningkatan indeks literasi di seluruh wilayah Kabupaten Lombok Barat.

Kehadiran infrastruktur pendidikan dengan jumlah dan kualitas yang bertambah baik, kemudian adanya program bantuan pengembangan pendidikan serta jumlah dan kualitas guru yang kompeten, tidak menutup kemungkinan adanya siswa yang putus sekolah. Jumlah siswa yang putus sekolah baik pada tingkat SD, SMP, maupun SMA sangat fluktuatif dari tahun 2012 hingga 2014. Pada tingkat SD sederajat, jumlah siswa yang putus sekolah di tahun 2012 berjumlah 150 orang, kemudian turun menjadi 73 orang pada tahun 2013 dan naik lagi di tahun 2014 menjadi 131 orang. Berbeda dengan tingkat putus siswa pada tingkat SMP sederajat, pada tahun 2012, jumlah siswa yang putus sekolah berjumlah 159 orang, kemudian naik menjadi 175 orang pada tahun 2013 dan turun kembali pada tahun 2014 sebanyak 151 orang.

Tingkat pendidikan SMA dan sederajat, jumlah siswa yang mengalami putus sekolah menunjukkan tren menurun. Dari jumlah 183 orang pada tahun 2012, mengalami penurunan menjadi 83 orang pada tahun 2013 dan menurun kembali menjadi 68 orang pada tahun 2014. Jumlah yang cukup besar dalam konteks pembangunan pendidikan untuk meningkatkan kualitas SDM masyarakat setempat.

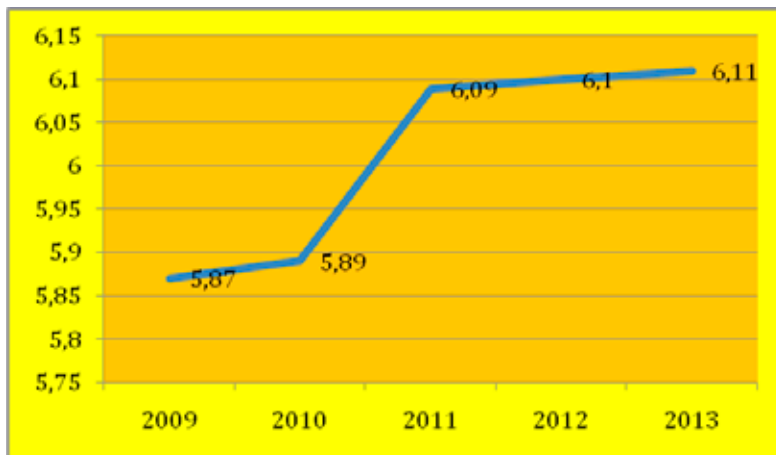
Proporsi siswa putus sekolah berdasarkan wilayah kecamatan pada tahun 2014 menunjukkan bahwa pada tingkat pendidikan SD sederajat, Kecamatan Lingsar memiliki angka putus sekolah yang paling tinggi sebanyak 35 siswa, kemudian Kecamatan Narmada dengan 27 siswa, dan Kecamatan Gunungsari sebanyak 23 siswa. Pada tingkat SMP sederajat, angka putus sekolah tertinggi dapat ditemukan di Kecamatan Batu Layar sebanyak 25 siswa, kemudian diikuti oleh Kecamatan Gunungsari, dan Kuripan sebanyak 22 siswa, terakhir ditemukan di Kecamatan Gerung sebanyak 20 siswa. Sebaliknya, jumlah angka putus sekolah terendah ditemukan di Kecamatan Kediri dengan jumlah 6 siswa.

Berikutnya pada tingkat SMA sederajat, angka putus sekolah tertinggi dapat ditemukan di Kecamatan Batu Layar sebanyak 20 siswa, kemudian Kecamatan Kediri sebanyak 19 siswa, Kecamatan Gerung sebanyak 18 siswa. Data jumlah angka putus sekolah terendah dapat ditemukan di tiga kecamatan, yaitu Kecamatan Lingsar, Labuapi, dan Narmada dengan jumlah angka putus sekolah sebanyak 0 orang.

Gambar 2.6 Proporsi Siswa Putus Sekolah Kabupaten Lombok Barat pada Tahun 2012-2014

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2014

Bila dilihat dari sudut jenis kelamin siswa, proporsi siswa putus sekolah di Kabupaten Lombok Barat pada tahun 2014 menunjukkan bahwa pada tingkat pendidikan SD sederajat didominasi oleh siswa yang berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah 74 siswa, kemudian pada tingkat SMP sederajat, di-dominasi siswa yang berjenis kelamin wanita sebanyak 76 siswa, dan terakhir pada tingkat pendidikan SMA sederajat didominasi siswa yang berjenis kelamin wanita dengan jumlah 38 siswa.

Secara keseluruhan, tingkat pendidikan SMP sederajat memiliki angka putus sekolah paling tinggi, yaitu sebanyak 151 siswa, kemudian tingkat pendidikan SD sederajat sebanyak 131 siswa dan yang terakhir pada tingkat pendidikan SMA sederajat sebanyak 68 siswa. Berbeda dengan kondisi pada tahun sebelumnya, di mana angka putus sekolah didominasi pada

tingkat pendidikan SMP sederajat dengan jumlah siswa sebanyak 175 siswa, kemudian tingkat pendidikan SMA sederajat dengan jumlah 83 siswa, dan terakhir pada tingkat pendidikan SD dengan jumlah 73 siswa.

Gambar 2.7 Tren Indeks Pendidikan, Lama Sekolah Kabupaten Lombok Barat pada Tahun 2009-2013

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2014

Terkait dengan indikator lama sekolah, sejak tahun 2009 hingga 2012 terjadi peningkatan walaupun tidak begitu drastis. Pada tahun 2009, lama sekolah rata-rata berkisar 5,87 tahun, kemudian pada tahun 2010, berkisar pada rata-rata 5,89 tahun. Pada kondisi ini ada kenaikan sedikit sekali, namun pada tahun 2011, kenaikan lama pendidikan naik cukup banyak, kurang lebih 20 point dari tahun sebelumnya, menjadi 6,09 tahun. Setelah itu, pada tahun berikutnya yaitu 2012 mengalami kenaikan sedikit menjadi 6,1 tahun dan terakhir pada tahun 2013 naik menjadi 6,11 tahun. Angka ini masih di bawah dari angka lama sekolah

pada tingkat nasional 2011 sebesar 8,3 tahun untuk laki-laki dan 7,5 tahun untuk wanita dan di atas angka propinsi sebesar 5,8 tahun.

Gambar 2.8 Tren Indeks Daya Beli, Konsumsi Riil per Kapita, Kabupaten Lombok Barat pada Tahun 2009-2013

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2014

Berkenaan dengan paritas daya beli, indikator yang digunakan adalah konsumsi riil per kapita. Sejak tahun 2009 hingga 2011, konsumsi riil per kapita di Kabupaten Lombok Barat mengalami kenaikan secara kontinyu. Pada tahun 2009, konsumsi riil per kapita sebesar Rp. 618,1, kemudian naik pada tahun 2010 menjadi Rp623,2 dan pada tahun 2011 naik menjadi Rp625,5

Angka indeks daya beli dapat menjelaskan mengenai kondisi riil kemampuan masyarakat secara ekonomi dan gambaran umum mengenai kondisi sosialnya. Berdasarkan pada data indeks daya beli melalui indikator konsumsi riil per kapita

dan ditambah dengan data PSE yang dikeluarkan tahun 2011 semakin tampak bahwa wilayah Kabupaten Lombok Barat dapat dimasukkan dalam kategori sebagai wilayah yang memiliki masalah kemiskinan dengan angka PSE di atas rerata nasional antar kabupaten/kota. Pendataan status sosial ekonomi pada pada tahun 2011 di Provinsi Nusa Tenggara Barat dapat dilihat pada tabel 2.1.

Walau masuk dalam kategori wilayah daerah yang memiliki angka kemiskinan, jumlah penduduk miskin di wilayah Kabupaten Lombok Barat sudah mengalami penurunan yang drastis sejak 2008 hingga tahun 2012. Data dari BPS Kabupaten Lombok Barat tahun 2014 menampilkan tren proporsi penduduk miskin dari tahun 2008 sampai dengan 2012. Pada tahun 2008, jumlah penduduk miskin di wilayah ini mencakup sebesar 25,97% dari jumlah populasi, kemudian turun menjadi 24,02% di tahun 2009, diikuti penurunan kembali sebesar 21,59% di tahun 2010, 19,7% di tahun 2011, dan terakhir turun menjadi 17,91% di tahun 2012.

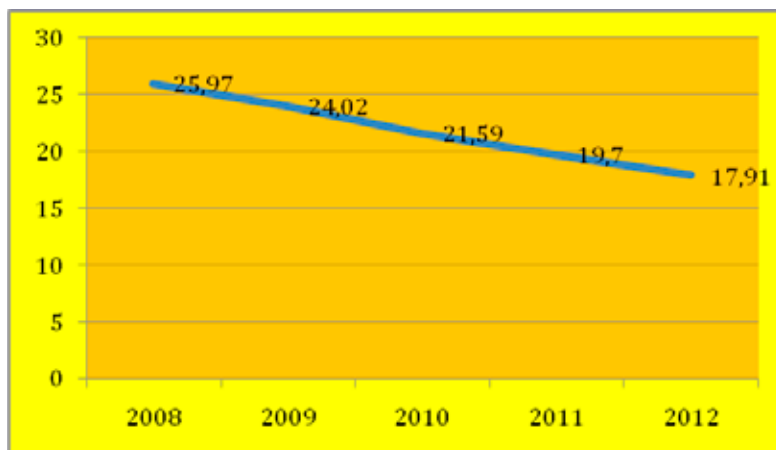
Menilik tren kemiskinan yang semakin menurun dalam 5 tahun di wilayah Kabupaten Lombok Barat, menyebabkan Pemerintah Provinsi (Pemprov) NTB memutuskan untuk membuat target pada tahun-tahun selanjutnya. Target yang dibuat adalah pencapaian angka persentase 15% atau lebih rendah lagi.

Tabel 2.1 Pendataaan Status Sosial Ekonomi (PSE) Tahun 2011 di Kabupaten Lombok Barat

NAMA KABUPATEN	NILAI PSE
Kab. Lombok Barat	19,70
Kab. Lombok Tengah	18,14
Kab. Lombok Timur	21,71
Kab. Sumbawa	19,82

Kab. Dompu	18,17
Kab. Bima	17,66
Kab. Sumbawa Barat	19,88
Kab. Lombok Utara	39,27
Kota Mataram	13,18
Kota Bima	11,69
Rerata Nasional Antar Kabupaten /Kota	14.52
	15.89

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2014

Komoditas makanan seperti beras, gula pasir, telur, bawang, dan rokok memiliki peran yang lebih besar dalam menentukan garis kemiskinan dibandingkan komoditas non pangan seperti, perumahan, sandang dan kesehatan. Menurut BPS 2012, sumbangan garis kemiskinan makanan terhadap garis kemiskinan sebesar 73,79% hingga 79,12%.

Gambar 2.9 Tren Proporsi Penduduk Miskin, Kabupaten Lombok Barat pada Tahun 2008-2012

Sumber: Badan Pusat Statistik, 2014

2.2 Situasi Sumber Daya Kesehatan

Topik tentang situasi sumber daya kesehatan ini akan memaparkan beberapa kondisi sumber daya di bidang kesehatan yang ada pada saat ini di Kabupaten Lombok Barat. Situasi sumber daya kesehatan ini meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan sistem informasi kesehatan.

2.2.1 Fasilitas Pelayanan Kesehatan

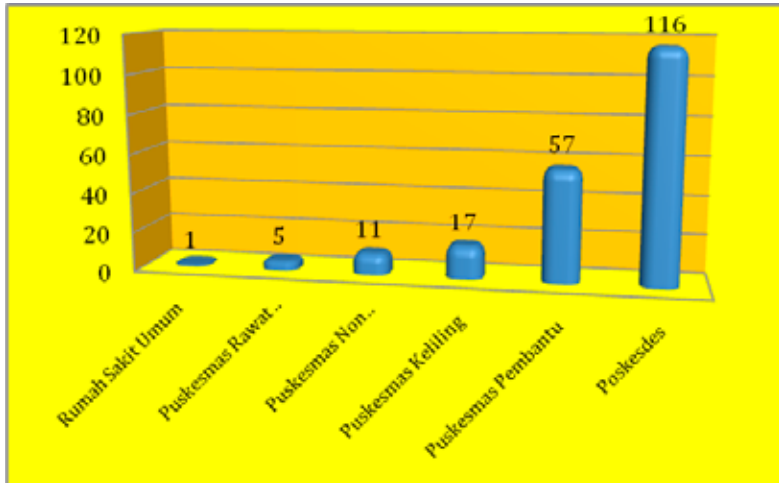
Berdasarkan analisis rasio jumlah Puskesmas per jumlah penduduk di Kabupaten Lombok Barat pada tahun 2013 dibandingkan dengan standar pada Indikator Indonesia Sehat 2010 (1 Puskesmas per 30.000 penduduk), dibutuhkan minimal 4 unit Puskesmas lagi. Untuk memenuhi hal tersebut, pada tahun 2013, telah dibangun 1 Puskesmas di wilayah kecamatan Kediri, sehingga Kabupaten Lombok Barat masih kekurangan 3 Puskesmas sehingga memenuhi standar ideal (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2013).

Gambar 2.10 Peta Fasilitas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

Pada Gambar 2.10 dapat dilihat distribusi Puskesmas baik yang perawatan maupun Puskesmas non perawatan di wilayah Kabupaten Lombok Barat. Puskesmas sejumlah 16 unit tersebar di 10 Kecamatan.

Unit pelayanan kesehatan yang dimiliki Kabupaten Lombok Barat terdiri dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), Puskesmas yang berjumlah 16, Puskesmas Keliling sebanyak 17 dan Puskesmas Pembantu (Pustu) berjumlah 57 dan 116 Poskesdes (Gambar 2.11). Terkait pembangunan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), staf Bappeda Kabupaten Lombok Barat (Kh, 45 tahun) mengurai lebih jauh.

> "…kan awalnya begini Poskesdes itu kan UKBM, upaya apa namanya… kesehatan berbasis masyarakat… kalau dari Dinas Kesehatan memang kurang… memang desalah yang mengalokasikan dana tersebut… kebetulan ada PNPM Mandiri Pedesaan (PNPM MP) yang berakhir tahun 2014 kemarin… banyak dukungannya dalam pembangunan fisik itu sangat kita rasakan dari sisi fisiknya Poskesdes itu. Kabupaten Lombok Barat 122 desa/kelurahan sudah bisa dikatakan 97% lah dikatakan Poskesdes sudah ada. Ada beberapa memang perlu ditingkatkan akan tetapi dengan berakhirnya PNPM Mandiri Pedesaan namun sekarang kan ada namanya dana desa… ada dua kecamatan di Kabupaten Lombok Barat ini yang tidak dibiayai baik dari PNPM mandiri dan GSC yaitu Kediri dan Labuapi. Dibiayai oleh P2KP…"

Gambar 2.11 Jumlah Unit Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

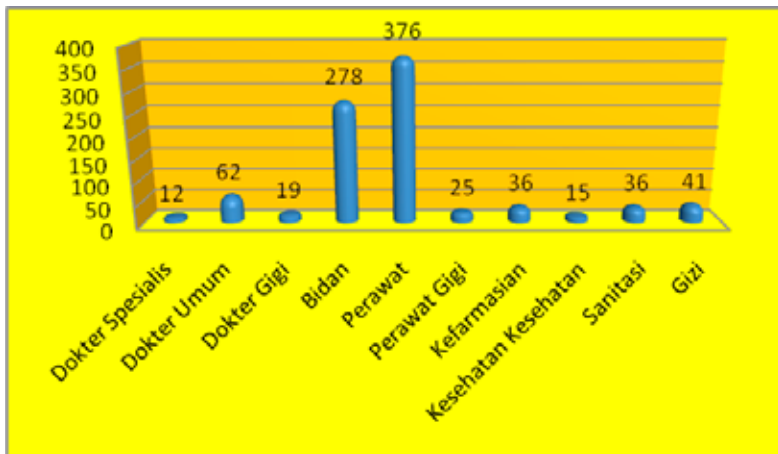
Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat 2013

2.2.2 Sumber Daya Tenaga Kesehatan

Pada bagian ini informasi data sumber daya tenaga kesehatan di Kabupaten Lombok Barat diolah berdasarkan data Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Tahun 2013. Data tenaga kesehatan di Kabupaten Lombok Barat disusun berdasarkan jumlah tenaga kesehatan yang tercatat sebagai PNS, CPNS, kontrak dan swasta yang bersumber dari profil PPSDM Kabupaten Lombok Barat.

Peningkatan jumlah tenaga kesehatan tahun ini (termasuk rumah sakit dan praktek swasta) sebesar 18,98% atau meningkat sebanyak 315 orang dari 1.003 menjadi 1.318 orang. Apabila dianalisis menurut target rasio yang ditetapkan dalam Indikator Indonesia Sehat 2010, maka Kabupaten Lombok Barat masih jauh kekurangan tenaga kesehatan terutama dokter umum (Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2013).

Secara kuantitas peningkatan jumlah tenaga dari tahun ke tahun tetap tidak bisa mengimbangi perkembangan jumlah penduduk bila dibandingkan dengan rasio standar. Di sisi lain, dirasakan juga kualitas tenaga kesehatan yang bermasalah dengan kualitas.

> "...capaian kinerja sudah bagus, namun ada memang karena tidak mungkin sempurna kan... ada beberapa yang harus ditingkatkan... kemungkinan juga terkait dengan sumber daya harus ada juga... profesi yang di level Puskesmas harus diperkuat... memang dari sisi keilmuan pendidikan dia sudah paham tapi bagaimana dia merangkai pekerjaan yang harus dilakukan itu... kadang-kadang kan bidan sekarang kan ada ego... artinya begini bidan sudah mampu melaksanakan ini tapi kan indikasinya... orang itu harus dirujuk tapi ndak dikerjakan harus diberikan ilmu lagi terkait tersebut supaya yang emergensi bisa dirujuk..."
>
>
>
> (Kh, 45 tahun, staf Bappeda Kabupaten Lombok Barat)

Gambar 2.12 Jumlah Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

Dalam profil kesehatan, analisis ketenagaan yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat lebih menitik beratkan pada distribusi tenaga kesehatan, baik dokter umum, dokter gigi, perawat, farmasi, gizi. Tenaga kesehatan terpusat di daerah pinggiran kota, sementara yang letaknya jauh dari kota

Gambar 2.13 Peta Distribusi Tenaga Dokter Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

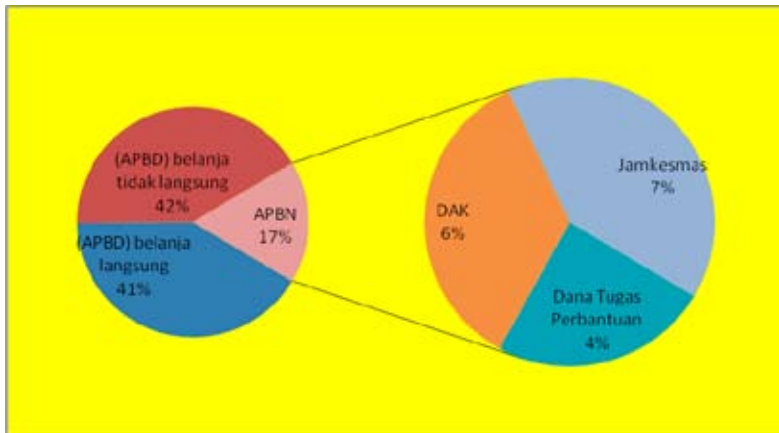
Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

kabupaten mengalami kekurangan tenaga. Tampak pada Gambar 2.13, distribusi dokter di wilayah Kabupaten Lombok Barat tidak tersebar dengan merata (Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2013).

2.2.3 Pembiayaan Kesehatan

Penyelenggaraan sistem kesehatan di Kabupaten Lombok Barat tentunya tak lepas dari dukungan dari aspek pembiayaan. Di kabupaten ini kesehatan mendapat porsi pembiayaan 9,22% mendekati 10% (data profil kesehatan 2013). Undang-undang nomor 36 tahun 2009 mengamanatkan bahwa anggaran untuk bidang kesehatan adalah 10% dari anggaran daerah di luar gaji. Seperti diungkapkan oleh Bapak Mu dan Bapak Kh Bagian Kesra Bappeda bahwa untuk meningkatkan indeks Pembangunan Manusia di Kabupaten Lombok Barat, fokus program diarahkan ke tiga indikator IPM tersebut yakni Pendidikan, Kesehatan, dan Sosial Ekonomi.

> "Kalau dari sisi jumlah anggarannya sangat luar biasa untuk kesehatan dan pendidikan… kalau dari sisi kita punya anggaran untuk 2015 sebesar 1,2 ya pak artinya bahwa kita kesehatan dari sisi nasional khan, kalau ga salah 10% dari APBN maupun APBD, dari situ sudah tercover di sana, karena kita masih belanja langsung yang tinggi, karena kita ini kelebihan pegawai akibat dari proses pemekaran yang ada disana itu, jadi 1,2 itu kecil jadinya dan itu jadi masalah, jadi oleh karena itu dari sisi pembiayaan memang untuk 10 kecamatan dan 17 Puskesmas ini sangat mencukupi, apalagi ada tambahan dari APBN dan dari dana dekon, ada dana TP lagi untuk kesehatan lingkungan, maupun TP dari Jamkesmas itu khan…"
>
> (Kh, staf kesra Bappeda)

Pembiayaan pembangunan kesehatan di Kabupaten Lombok Barat didapat dari berbagai sumber, yaitu APBD kabupaten, APBN (meliputi dana Tugas Perbantuan Rumah Sakit dan BOK), Jamkesmas, Jampersal, dan sumber lain. Pada tahun 2013 tercatat total APBD Kabupaten Lombok Barat yakni Rp1.046.421.593.653,90 alokasi untuk kesehatan adalah sebesar Rp116.390.202.295,- sekitar 9,22% yang bersumber baik dari 82,88% APBD dan 17,11 % dari APBN. Secara rinci proporsinya dapat dilihat pada Gambar 2.14.

Gambar 2.14 Anggaran Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

Sumber: Dinas Kesehatan Lombok Barat, 2013

Anggaran per kapita sementara adalah sebesar Rp185.447,- Apabila dibandingkan dengan pernyataan WHO bahwa anggaran kesehatan ideal yang menjamin terseleng-garanya program/pelayanan kesehatan esensial adalah sebesar 34 US dolar per kapita atau sebesar Rp. 340.000,- artinya anggaran kesehatan per kapita Kabupaten Lombok Barat dapat

dikatakan masih di bawah standar untuk memenuhi kebutuhan kesehatan per kapita.

2.2.4 Sistem Informasi Kesehatan

Sistem informasi kesehatan dewasa ini sangat dipengaruhi oleh pesatnya perkembangan teknologi informasi, terutama perkembangan internet. Hal tersebut juga berlaku di Kabupaten Lombok Barat.

Situasi saat ini di Kabupaten Lombok Barat belum memungkinkan untuk menggunakan mekanisme *online* via internet secara keseluruhan. Situasi ini lebih dikarenakan topografi wilayah di kabupaten bagian Barat Pulau Lombok yang sangat ekstrem, mulai dari pantai sampai dengan pegunungan. Kondisi ini membuat jaringan internet tidak tersedia cukup baik pada beberapa titik di mana gedung Puskesmas berada.

Sistem pencatatan dan pelaporan masih menggunakan format standar dengan kondisi yang sudah *computerized*. Pengiriman sebagian sudah dilakukan secara *online* lewat email, sedang sebagian besar lainnya mengirim secara manual ke Dinas Kesehatan melalui *flashdisk*.

> "…ya gimana pak yaa… situasinya kayak begini. Itu Puskesmas ada yang internetnya ga bisa… ga ada jaringan. Semua laporan sih sudah diketik pake computer… sudah di excel, tapi ya itu… dikirim langsung ke sini… pake *flashdisk*. Ada juga sih yang lewat internet… itu lewat email…"
>
> (Hus, Bagian Data dan Informasi Dinas Kesehatan)

2.3 Rencana Strategis Kabupaten Lombok Barat

Perencanaan strategis (Renstra/*Strategic Planning*) adalah sebuah alat manajemen yang digunakan untuk mengelola kondisi

saat ini untuk melakukan proyeksi kondisi pada masa depan. Dengan demikian, rencana strategis adalah sebuah petunjuk yang dapat digunakan organisasi berdasarkan kondisi saat ini untuk mereka bekerja menuju 5 sampai 10 tahun ke depan (Kerzner, 2001). Berangkat dari hal demikian, keberadaan Renstra di suatu lembaga memiliki arti yang sangat penting. Keberadaan materi Renstra memungkinkan lembaga dapat mengambil aspek manfaat. Aspek manfaat dalam hal mengetahui dan memahami konsep organisasi yang menjadi acuannya menjadi lebih jelas. Pemahaman dan kejelasan mengenai hal tersebut, akan memudahkan mereka dalam proses memformulasikan sasaran serta rencana-rencana lain dan juga untuk dapat mengarahkan sumber-sumber organisasi secara efektif. Mengingat pentingnya Renstra, berikut gambaran Renstra Pemerintah Daerah (Pemda) dan Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat khususnya terkait program kesehatan.

2.3.1 Rencana Strategis Pemerintah Kabupaten

Dalam rangka melakukan kegiatan koordinasi dan sinkronisasi pada proses penyusunan materi Renstra Pemda serta sebagai upaya untuk mewujudkan visi dan misi daerah pada masa yang akan datang, Pemerintah Kabupaten Lombok Barat merasakan adanya kebutuhan suatu Renstra. Renstra tersebut diwujudkan dalam bentuk Renstra Badan Perencanaan Pemda atau Renstra BAPPEDA yang diimplementasikan pada tahun 2010-2014.

Penyusunan dokumen Renstra BAPPEDA Kabupaten Lombok Barat 2010-2014 telah dilaksanakan dan dilakukan tahap finalisasi pada masa sebelumnya. Kehadiran dokumen Renstra BAPPEDA yang telah final dimaksudkan untuk menyediakan

dokumen perencanaan jangka menengah. Dengan begitu, dokumen Renstra menjadi perangkat acuan dalam mencapai harmonisasi perencanaan pembangunan daerah dan menjadi acuan resmi bagi penyusunan Rencana Kerja (Renja) SKPD tahunan dalam mencapai tujuan pembangunan secara berkesinambungan. Dengan begitu, dapat dikatakan bahwa isi dokumen renstra beraksentuasi dengan muatan visi, misi, tujuan, strategi, kebijakan, program, dan kegiatan pembangunan. Adapun tujuan dokumen Renstra BAPPEDA sebagai berikut.

1. Menyediakan satu acuan resmi bagi BAPPEDA Kabupaten Lombok Barat dalam menentukan prioritas program dan kegiatan tahunan;
2. Memudahkan seluruh jajaran aparatur BAPPEDA Kabupaten Lombok Barat dalam mencapai tujuan dengan cara menyusun program dan kegiatan secara terpadu, terarah dan terukur;
3. Memudahkan seluruh jajaran aparatur BAPPEDA Kabupaten Lombok Barat untuk memahami dan menilai arah kebijakan dan program serta kegiatan operasional tahunan dalam rentang waktu 5 (lima) tahun;
4. Menyediakan satu tolok ukur untuk mengukur dan melakukan evaluasi kinerja tahunan BAPPEDA Kabupaten Lombok Barat.

Berdasarkan pada tujuan Renstra yang pertama, yaitu menjadi acuan dalam penentuan prioritas program, maka yang menjadi pertanyaan selanjutnya adalah “bagaimana dengan program kesehatan?” Sesuai tugas dan fungsi dalam struktur unit kerja Bappeda Kabupaten Lombok Barat Bidang Kesehatan masuk

dalam Bidang Sosial Budaya dalam Sub bidang Kesejahteraan Rakyat. Berikut beberapa kegiatan terkait kesehatan yang tertuang dalam program perencanaan Bidang Sosial Budaya, yaitu: (1) Koordinasi perencanaan pembangunan kesehatan; (2) Koordinasi perencanaan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat); (3) Koordinasi Desa Siaga.

Beberapa program pendampingan yang terdapat di dalam Renstra khusus diperuntukkan bagi kegiatan pembangunan yang terkait dengan kesehatan, antara lain: (1) UNFPA, diperuntukkan bagi kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi dan pelayanan BGV di Puskesmas; (2) UNICEF diperuntukkan bagi kegiatan pembangunan jamban di unit sekolah-sekolah, pembangunan sarana air bersih berupa perpipaan dengan sistem gravitasi yang dilaksanakan di desa dan sarana air bersih berupa perpipaan dengan sistem PAH yang dilaksanakan di desa.

2.3.2 Mekanisme Penentuan Prioritas Masalah dalam Rencana Strategis Kabupaten Lombok Barat

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional dan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah meng-amanatkan pada Pemda tentang kewajiban untuk menyusun RKPD yang merupakan bentuk penjabaran dari RPJMD serta mengacu pada Rencana Kerja Pemerintah (RKP). Di dalam RKP termuat rancangan kerangka ekonomi daerah, prioritas pembangunan daerah, rencana kerja dan pendanaannya, baik yang dilaksanakan langsung oleh pemerintah daerah maupun ditempuh dengan mendorong partisipasi masyarakat. Penjabaran RPJMD dimaksudkan untuk mewujudkan pencapaian visi, misi dan program kepala daerah dan wakil kepala daerah.

RKPD Kabupaten Lombok Barat Tahun 2014 merupakan rencana kerja tahun terakhir atau kelima dari RPJMD Kabupaten Lombok Barat Tahun 2010-2014. Isinya mengenai arah kebijakan pembangunan tahun 2014 serta bentuk kebijakan berkenaan dengan kepastian dalam melaksanakan pembangunan daerah yang berkesinambungan. Di sinilah tergambar mengenai bentuk komitmen pemerintah dalam melaksanakan pembangunan di daerah Kabupaten Lombok Barat.

Mengacu pada Pasal 4 Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah, proses penyusunan RKPD Kabupaten Lombok Barat tahun 2014 melalui empat proses pentahapan. Tahapan pertama diawali dengan penyusunan rancangan awal RKPD, kedua dengan melaksanakan kegiatan Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) yang dilakukan dari tingkat desa hingga nasional, ketiga dengan penyusunan rancangan akhir RKPD dan terakhir melakukan penetapan RKPD. Di dalam proses penyusunan RKPD hingga mencapai penetapan, semua menggunakan pendekatan teknokratik, partisipatif, serta *bottom-up* dan *top-down*.

Pendekatan teknokratik seringkali dilakukan dengan mengadopsi metode dan kerangka berpikir ilmiah seperti melakukan *desk study* yaitu dengan melakukan kajian atas berbagai dokumen dan kepustakaan yang relevan secara kritis. Pendekatan ini biasanya akan dilakukan oleh lembaga atau satuan kerja yang memang secara fungsional bertugas untuk menyusun perencanaan pendapatan, perencanaan belanja dan perencanaan pembiayaan, dan dibantu dengan adanya konsultasi dengan para pakar. Agar arah perencanaan dapat mudah dipertanggungjawabkan dan berada di rel yang benar.

Pendekatan partisipatif seringkali dilakukan dengan mengikutsertakan seluruh (*stake holder*) pemangku kepentingan pembangunan yang ada di wilayah Kabupaten Lombok Barat melalui mekanisme Musrenbang. Acara pelaksanaan Musrenbang biasanya dilakukan secara bergiliran di setiap kecamatan. Metode yang sering diterapkan adalah dengan menggunakan diskusi kelompok terfokus atau *Focus Group Discussion* (FGD). Metode ini dilakukan agar dapat menggali berbagai informasi dan masukan yang penting dan relevan sesuai dengan kenyataan di lapangan.

Bila kedua pendekatan di atas sudah dilaksanakan, maka tahap berikutnya adalah melakukan proses *bottom-up* dan *top-down*, yang tujuannya adalah untuk menyelaraskan perencanaan dengan keinginan pemangku kepentingan dengan kebijakan nasional. Proses pelaksanaan *bottom-up* dapat dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat desa, kecamatan, kabupaten, provinsi dan nasional. Sedangkan pelaksanaan proses *top-down* diwujudkan dalam bentuk implementasi *dedicated program*.

Berkenaan dengan isu-isu strategis, mekanisme penentuan prioritas permasalahan yang terdapat di wilayah Kabupaten Lombok Barat selalu diawali dengan tahapan paling penting, yaitu dengan melakukan kegiatan Musrenbang di berbagai wilayah kecamatan yang ada di Kabupaten Lombok Barat. Musrenbang bisa dikatakan sebagai inti atau jiwa dalam proses penciptaan perencanaan yang akan dilaksanakan di daerah ini. Hal ini berkaitan dengan maksud diadakan pelaksanaan kegiatan Musrenbang. Maksud dan tujuan pelaksanaan kegiatan Musrenbang adalah untuk menjaring berbagai persoalan, kebutuhan-kebutuhan yang ada di lapangan, masukan dan persepsi yang berguna dari warga atau masyarakat yang berkepentingan.

Data-data berkaitan dengan masukan tersebut dimanfaatkan dalam rangka untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan. Hal ini diasumsikan bahwa dengan keterlibatan masyarakat sebagai kelompok yang terkena dampak program dan bagian kelompok kepentingan dalam mengetengahkan isu-isu strategis, pemerintah selaku pengambil keputusan dapat menangkap sudut pandang, kebutuhan, dan penghargaan dari masyarakat dan kelompok tersebut, untuk diwujudkan dalam bentuk program ataupun suatu konsep yang lebih bermakna bagi masyarakat.

Melalui Musrenbang, kita memberi ruang adanya partisipasi dari setiap pemangku kepentingan. Konsep partisipasi di sini lebih menekankan pada keterlibatan langsung dari warga dalam proses pengambilan keputusan demi kepentingan bersama. Inilah wujud dari kepedulian sebagai bagian dari warga masyarakat demi kemajuan daerahnya dan menjadi bagian dari penanggung jawab atas hitam-putihnya kehidupan bersama. Dengan begitu, mereka akan mendapatkan program-program yang membumi. Program-program yang sangat dibutuhkan pada saat itu, untuk melepaskan atau memecahkan persoalan yang mereka hadapi. Mereka terhindar untuk mendapatkan program-program yang terlalu di *awang-awang* yaitu program yang jauh dari keinginan mereka. Di sinilah pentingnya pelaksanaan Musrenbang.

Sebagaimana dikatakan Kh, staf Bappeda berkenaan dengan kegiatan Musrenbang kesehatan.

> "…kita mulai dari musrenbang ini, kita semua panggil tim-tim yang ada di kesehatan itu sub bag program sama sekretaris… nah nanti dasar untuk plafon anggaran itu sudah ditentukan oleh tim TAPD… tim TAPD menguraikan plafon anggaran yang

sudah ada itu …nanti kita melakukan istilahnya apa yaa… eee… menguraikan… dinas kesehatan menguraikan plafon ke kegiatan apa-apa yang dilakukan oleh dinas kesehatan sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan yang ada sesuai dengan renstra dan RPJM dari sisi pengarahan plafon memang ada timnya jadi kita tidak bisa masuk ke sana dulu tapi kalau dari sisi jumlah anggarannya sangat luar biasa…”

(Kh, 45 tahun, staf Bappeda).

Mengacu pada pentingnya pelaksanaan Musrenbang, model partisipasi yang sifatnya perwakilan sangatlah tidak tepat. Hal ini disebabkan, warna dan arah kemajuan suatu daerah hanya ditentukan oleh segelintir orang. Dengan partisipasi masyarakat secara keseluruhan, di samping untuk mewujudkan kesejahteraan bersama, juga terkait dengan dampak dari implementasi program pemerintah daerah pada masyarakat, juga sebagai sarana pengawasan serta pengawalan sampai sejauh mana program dan kegiatan yang diusulkan, dapat dilaksanaan oleh Pemda untuk masyarakat.

Menurut Manan (2001), partisipasi masyarakat dapat dilakukan dengan cara (a). mengikutsertakan dalam tim atau kelompok kerja penyusunan Perda; (b). Melakukan *public hearing* atau mengundang dalam rapat-rapat penyusunan perda; (c). Melakukan uji sahih kepada pihak-pihak tertentu untuk mendapat tanggapan; (d). Melakukan loka karya (workshop) atas raperda sebelum secara resmi dibahas oleh DPRD; dan (e). Mempublikasikan Raperda agar mendapat tanggapan publik.

Proses pelaksanaan Musrenbang sesuai dengan tupoksi-nya biasanya dimotori oleh pihak kecamatan dan dilaksanakan di kantor kecamatan, kantor desa atau tergantung lokasi yang memiliki ruangan yang bisa menampung orang banyak.

Pelaksanaan Musrenbang Kecamatan Batu Layar dilakukan di kantor desa Meninting pada tanggal 9 Februari 2015. Lebih dari ratusan orang menghadiri pelaksanaan kegiatan Musrenbang di aula kantor desa Meninting, yang lokasinya di sebelah Puskesmas Meninting. Kehadiran mereka di aula kantor Desa Meninting tentu saja dalam rangka mempertahankan usulan-usulan yang berkenaan dengan pembangunan desa tahun 2015.

Dalam rangka memfasilitasi kegiatan Musrenbang tersebut biasanya yang hadir adalah Bappeda, Dinas Sosial atau yang lain, perwakilan SKPD Kabupaten Lombok Barat atau terkadang dihadiri anggota dewan berkaitan dengan janji politik. Setiap kegiatan Musrenbang dibagi ke dalam tiga aspek pembicaraan yaitu aspek sarana dan prasarana, aspek sosial budaya, dan aspek ekonomi.

Perwakilan desa biasanya terdiri dari unsur Kepala Desa, Ketua BPD, Ketua LPM, tokoh masyarakt dan kaum perempuan. Setiap desa yang hadir pasti membawa berbagai usulan yang merupakan hasil diskusi yang dihasilkan pada acara Musrenbang tingkat desa. Hasil diskusi merupakan hasil kesepakan keseluruhan komponen yang ada di desa. Usulan-usulan dari desa selalu dipertahankan habis-habisan oleh setiap kepala desa, terlebih ketika membahas usulan yang berkaitan dengan sarana dan prasarana. Keterlibatan kepala desa semakin aktif, ambisius dan agresif ketika usulan yang berkaitan dengan sarana dan prasarana, sosial dan budaya serta ekonomi telah memasuki tahapan perangkingan.

Tahap perangkingan dimaksudkan sebagai tahap pemutusan mengenai usulan prioritas yang akan diimplementasi. Usulan mana yang harus dilaksanakan terlebih dahulu karena

sangat urgent, mana yang bisa dilaksanakan pada masa yang akan datang. Semua perwakilan desa akan menganggap semua hasil Musrenbang desa adalah usulan yang paling prioritas untuk dilaksanakan. Perdebatan selalu berlangsung dengan ketat dan sengit. Mereka ingin usulan desanya adalah usulan yang paling prioritas dan strategis untuk segera dilaksanakan.

Proses Musrenbang di tingkat kecamatan juga terdapat kelemahan. Kelemahan dalam menggali partisipasi masyarakat terikat pada koridor batas yang ada dalam RKPD. Dengan demikian, usulan-usulan harus mengikuti apa yang ada di dalam RKPD. Pemda sudah mencanangkan batas-batas tersebut dan pada tahap berikutnya pihak perwakilan desa melakukan penggalian, penjaringan ide, gagasan, dan usulan yang disesuaikan dengan rencana kerja kabupaten. Proses *bottom-up* kurang begitu berkembang dengan baik, karena desa tidak bisa mengusulkan berbagai program yang paling esensial dan krusial di desanya.

Setelah perdebatan mengenai prioritas selesai, dengan mengedepankan aspek pengaruh yang signifikan terhadap sasaran pembangunan nasional, berkenaan dengan unsur tugas dan tanggung jawab pemda, faktor dampak yang dirasakan oleh publik, daya ungkit bagi pembangunan daerah dan aspek kemudahan untuk dilaksanakan, janji politik yang perlu diwujudkan, maka perangkingan tadi dibawa untuk dikaji lebih lanjut sebelum dilakukan tahap akhir berupa penetapan.

Gambar 2.15 Suasana Musrenbang di Kecamatan Narmada

Sumber: Dinas Komunikasi dan Informasi Kabupaten Lombok Barat

2.3.3 Rencana Strategis Dinas Kesehatan

Dokumen Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat merupakan suatu bentuk penjabaran secara teknis di bidang kesehatan. Penjabaran ini mengacu dan beraksentuasi pada visi, misi, dan program dari Bupati Lombok Barat terpilih. Hal ini tertuang di dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dengan memperhatikan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJM Nasional) Bidang Kesehatan dan Renstra Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Barat. Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2010-2014 memuat visi, misi, tujuan, strategi, kebijakan, program dan kegiatan pembangunan bidang kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan.

Isu strategis yang diangkat

Penyusunan sebuah renstra di suatu wilayah selalu mengacu pada keberadaan beberapa fenomena spesifik yang kemudian dianggap berkembang menjadi isu-isu strategis yang sangat berpengaruh dalam kehidupansehari-hari masyarakat di suatu wilayah tersebut. Analisis dan pengambilan keputusan terhadap fenomena-fenomena yang berkembang di tengah masyarakat dan telah berkembang menjadi isu-isu strategis merupakan tahapan awal dalam proses ini. Pilihan akan isu-isu yang dianggap berdampak besar dan strategis merupakan suatu keputusan penting yang sangat menentukan dalam proses penyusunan rencana pembangunan di suatu daerah. Identifikasi yang tepat terhadap isu-isu yang berkembang akan berpengaruh dalam meningkatkan akseptabilitas prioritas pembangunan. Dengan begitu, pada fase berikutnya keberadaan renstra yang telah disusun atas dasar isu-isu strategis tersebut, akhirnya dapat dipertanggungjawabkan, baik secara moral maupun etik.

Kemudian, apa yang dimaksud dengan isu strategis? Isu strategis adalah suatu kondisi tertentu di mana membutuhkan suatu penanganan, perhatian penting, dan sangat mendesak. Situasi yang penting dan mendesak perlu dikedepankan dalam aspek perencanaan pembangunan di suatu daerah. Hal ini berkenaan dengan dengan dampak langsung yang dapat dirasakan oleh masyarakat dan daerah. Atau bisa diartikan bahwa isu strategis adalah suatu kondisi yang penting dan mendesak yang jika tidak segera diantisipasi akan segera berdampak pada aspek kerugian material maupun non material. Bahkan mungkin akan menghilangkan peluang yang mungkin bisa dimanfaatkan dengan baik.

Mengacu pada hal di atas, maka dapat digambarkan pola-pola isu-isu strategis mengenai pembangunan kesehatan yang terjadi di Kabupaten Lombok Barat. Adapun isu-isu yang seringkali diangkat meliputi isu strategis pada tingkat nasional yaitu berkisar pada tingginya angka kemiskinan dan angka pengangguran, penurunan kualitas lingkungan dan peningkatan frequensi serta intensitas bencana alam, penanggulangan bahaya narkoba, keadilan dan kesetaraan gender, kesejahteraan dan perlindungan anak. Kemudian, mengangkat isu-isu strategis dalam lingkup daerah yang meliputi pada hal yang berkaitan dengan rendahnya kualitas sumber daya manusia, rendahnya pertumbuhan ekonomi dan banyaknya jumlah penduduk miskin, rendahnya kemampuan pelayanan infrastruktur daerah, rendahnya pengelolaan sumber daya alam dan lingkungan hidup.

Proses Analisis Situasi

Identifikasi kondisi yang perlu diperhatikan dan mendesak dalam konteks rencana pembangunan kesehatan di Kabupaten Lombok Barat tahun 2010 – 2014 dapat diidentifikasi melalui instrumen analisis SWOT. Analisis SWOT mengacu pada identifikasi berdasarkan aspek kekuatan (*strength*), kelemahan (*weakness*), peluang (*oppurtunity*) dan tantangan (*threat*).

Pertama adalah pada aspek kekuatan (*strength*). Pada aspek kekuatan, telah dapat diidentifikasi beberapa faktor yang dapat dikatakan sebagai penguat dasar dalam proses pembangunan kesehatan secara berkesinambungan selama lima tahun ke depan. Faktor-faktor penguat tersebut berupa ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang sudah mulai merata di seluruh wilayah Kabupaten Lombok Barat.

Hal ini diwujudkan dalam bentuk data yang berkaitan dengan jumlah Puskesmas. Jumlah Puskesmas di wilayah Kabupaten Lombok Barat sebanyak 15 (lima belas) buah, dengan perincian yaitu 4 (empat) buah Puskesmas perawatan dan 11 (sebelas) buah Puskesmas non perawatan. Di samping itu, jumlah Polindes yang tersebar di seluruh wilayah kabupaten Lombok Barat berjumlah 64 (enam puluh empat) buah dan 55 (lima puluh lima) Pustu. Meski peta persebaran dan jejaring infrastruktur kesehatan mulai tampak merata, secara rasio, ternyata jumlah infrastruktur berupa sarana kesehatan masih di bawah rasio ideal dan masih perlu ditambah pada masa-masa yang akan datang.

Dukungan terhadap pembiayaan dapat diidentifikasi berasal dari berbagai sumber. Sumber pembiayaan pertama yang mendukung program kesehatan masyarakat adalah mengacu pada APBD, kemudian dari sumber APBN berupa (Dekon, TP, dll), PHLN. Di samping itu, pembiayaan kesehatan yang nilainya cukup besar berasal dari berbagai lembaga-lembaga donor seperti UNICEF, atau UNFPA.

Sumber kekuatan berikutnya adalah adanya program pengembangan yang berkaitan dengan sebuah sistem perencanaan dan penganggaran terpadu di Dinas kesehatan Kabupaten Lombok Barat. Sistem ini dinamakan *Integrated Health Planning and Budgetting* (IHPB). Dalam program tersebut, seluruh kegiatan yang mengacu pada perencanaan pembangunan kesehatan akan lebih terfokus pada proses intervensi pada akar penyebab permasalahan. Pada tahap eksekusi, proses intervensi akan dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi dengan berbagai program yang ada dan bersifat lintas sektoral. Keterpaduan yang mengacu pada lintas program dan sektoral, tentu tetap bersandar pada peran dan fungsinya masing-masing.

Kedua adalah pada aspek kelemahan (*weakness*). Pada aspek kelemahan telah diidentifikasi beberapa faktor yang dapat dikatakan sebagai hambatan dasar dalam proses pembangunan kesehatan secara berkesinambungan selama lima tahun ke depan. Adapun faktor-faktor yang dapat menjadi hambatan tersebut adalah kuantitas, kualitas, dan distribusi tenaga teknis khususnya dokter, bidan, dan perawat yang ternyata masih kurang dan jauh dari ukuran yang diidealkan. Rasio yang ideal bersandar pada Indikator Indonesia Sehat 2010 yaitu, pertama, rasio dokter umum 4,08 per 100.000 penduduk (ideal 40 per 100.000), perawat 33,56 per 100.000 (ideal 117,5 per 100.000, dan bidan 23,15 per 100.000 (ideal 100 per 100.000).

Berkaitan dengan kualitas yang diidealkan masih ditemukan adanya kendala yang berkaitan dengan tingkat pendidikan. Hal ini terbukti dengan masih banyaknya jumlah bidan dan perawat yang masih berpendidikan setingkat SMA. Padahal idealnya, bidan dan perawat harus memiliki tingkat pendidikan minimal setara dengan D-3.

Berkenaan dengan pola penyebaran tenaga kesehatan, ternyata pola penyebarannya kurang merata dan timpang. Pola penyebaran cenderung memusat di wilayah perkotaan seperti di wilayah Kecamatan Gerung, Kediri, Narmada, dan Gunung Sari. Sebaliknya, pola penyebaran di wilayah yang terpencil seperti wilayah di Kecamatan Sekotong dan Pelangan cenderung masih memiliki sedikit tenaga kesehatan.

Keterbatasan pembiayaan dalam penangan kasus penyakit dan kekurangan gizi juga terkendala dengan jumlah dana yang ada. Kondisi tersebut menyebabkan implementasi penanganan kesehatan lebih berorientasi pada upaya promotif dan preventif dibandingkan dengan upaya kuratif dan rehabilitasi.

Meskipun, dinas kesehatan memiliki sebuah sistem yang dinamakan *Integrated Health Planning and Budgetting* (IHPB) namun masih ada kendala yang ditemukan berupa jalinan koordinasi lintas program yang perlu lebih dioptimalkan lagi. Dengan optimalisasi koordinasi lintas program diharapkan akan dapat meningkatkan proses pembangunan kesehatan.

Ketiga adalah pada aspek Peluang (*opportunity*). Pada aspek peluang telah dapat diidentifikasi beberapa faktor yang dapat dikatakan sebagai dasar yang dapat dikembangkan dalam proses pembangunan kesehatan secara berkesinambungan selama lima tahun ke depan. Adapun faktor-faktor yang dapat menjadi peluang tersebut berupa dukungan yang sangat tinggi dari *stake holde*r dan terhadap kegiatan lintas sektor. Dukungan tersebut berwujud pada adanya upaya yang berkembang selama ini yaitu berupa keinginan untuk membentuk Dewan Kesehatan Kabupaten (DKK). Bentuk dukungan yang lain berasal dari Pemda. Dukungan tersebut berupa Gerakan Terpadu Membangun Desa atau GERDUBANGDES. GERDUBANGKES merupakan suatu bentuk dukungan Pemda dalam lingkup yang lebih luas. Gerakan ini awal mulanya merupakan Gerakan Sehat Mandiri untuk Lombok Barat Bangkit (GESMALOMBA) yang kemudian direspon oleh Pemda menjadi sebuah gerakan yang lebih besar.

Dukungan lain yang cukup besar berasal dari masyarakat. Dukungan tersebut berwujud dalam bentuk partisipasi masyarakat. Partisipasi masyarakat dalam konteks pembangunan kesehatan terlihat cukup tinggi. Hal ini bisa kita lihat dalam upaya dan respon mereka dalam pembentukan pos-pos UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat). Pos-pos UKBM antara lain Polindes,

Poskestren, Posyandu, Pos Malaria Desa. Selain pos-pos UKBM, muncul juga kader-kader penggiat yang cukup militan.

Keempat adalah aspek tantangan (*threat*). Pada aspek tantangan telah dapat diidentifikasi beberapa faktor sebagai dasar tantangan yang dapat berpengaruh dalam proses pembangunan kesehatan secara berkesinambungan selama lima tahun ke depan. Tantangan bisa melemahkan bahkan bisa juga menjadi katalisator munculnya berbagai inisiatif-inisiatif lokal dalam implementasi berbagai kegiatan dalam pembangunan kesehatan. Adapun faktor-faktor yang dapat menjadi tantangan tersebut berkaitan dengan pembiayaan atas partisipatif masyarakat. Pembiayaan atas partisipasif masyarakat tampaknya masih belum jelas keberadaannya dan kontinuitasnya. Partisipasi masyarakat tanpa didukung keberadaan dana yang stabil seringkali menjadi persoalan tersendiri. Pembiayaan, dalam hal ini menyangkut biaya operasional kegiatan pertisipasi masyarakat misalnya insentif kader Posyandu. Keberadaan insentif kader yang jelas dan kontinu sangat berpengaruh pada tingkat keaktifan dan tinggi-rendahnya angka keluar kader. Kondisi ini juga menunjukkan gambaran mengenai bagaimana militansi para kader tengah berjuang, meski adakalanya pendanaan masih tersendat, sebagian dari mereka masih bertahan melayani masyarakat yang membutuhkan.

Tantangan berikutnya berkaitan dengan adanya keter-lambatan di level masyarakat dalam kasus-kasus darurat. Keter-lambatan ini menyebabkan pelayanan dan penanganan kasus oleh tenaga kesehatan menjadi ikut terlambat dan beresiko tinggi. Persoalan ibu hamil resiko tinggi adakalanya juga kurang

direspon oleh masyarakat dengat cepat. Hal ini juga berkaitan dengan tradisi pengambilan keputusan yang harus melibatkan keluarga besar, keberadaan alat angkut yang tidak selalu siap, dan kondisi wilayah yang sulit.

Tantangan lain berkaitan dengan data Survei Perilaku Hidup Bersih dan Sehat 2008 Kabupaten Lombok Barat menunjukkan angka mencapai 35,9%. Angka ini menunjukkan bahwa kesadaran perilaku hidup bersih di lingkungan keluarga masih sangat rendah. Bila pola perilaku hidup bersih tidak diperbaiki, bisa diprediksi bahwa potensi keberadaan suatu penyakit bisa meningkat.

Tantangan terakhir berkaitan dengan kualitas pelayanan di tingkat rujukan yang masih perlu ditingkatkan dan dioptimalkan lagi. Angka kematian bayi dan ibu melahirkan di fasilitas pelayanan kesehatan rujukan (Rumah Sakit) masih terjadi. Pada tahun 2008, dari 22 kematian ibu yang terjadi di Kabupaten Lombok Barat, 13 kasus (59,9%) terjadi di Rumah sakit.

Program dan Kegiatan

Penyusunan program dan kegiatan mengacu pada permendagri Nomor 13 Tahun 2006. Terdapat beberapa kegiatan terkait 3 fokus penelitian (gizi balita, persalinan dan kesehatan lingkungan) dari 19 program dalam rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat 2010-2014, antara lain (Kabupaten Lombok Barat, 2010a):

1. Program Perbaikan Gizi Masyarakat, dengan kegiatan:
   a. Penyusunan peta informasi masyarakat kurang gizi
   b. Pemberian tambahan makanan dan vitamin
   c. Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP), Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY),

Kurang Vitamin A, dan Kekurangan Zat Gizi Mikro Lainnya

d. Pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi
e. Monitoring, evaluasi dan pelaporan

2. Pengembangan Lingkungan Sehat, dengan kegiatan:
   a. Pengkajian Pengembangan Lingkungan Sehat
   b. Penyuluhan Menciptakan Lingkungan Sehat
   c. Sosialisasi Kebijakan Lingkungan Sehat
   d. Monitoring dan Evaluasi Pelaporan
3. Program Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana. Puskesmas/Puskesmas Pembantu dan Jaringan-nya, dengan kegiatan:
   a. Pembangunan Puskesmas
   b. Pembangunan Puskesmas Pembantu/Polindes
   c. Pengadaan Puskesmas Perairan
   d. Pengadaan Puskesmas Keliling
   e. Pengadaan sarana dan prasarana Puskesmas
   f. Rehabilitasi sedang/berat Puskesmas pembantu/Polin-des
   g. Monitoring, evaluasi dan pelaporan
   h. Peningkatan Puskesmas menjadi Puskesmas Rawat Inap
   i. Peningkatan Pustu menjadi Puskesmas
   j. Pemeliharaan Rutin/berkala sarana Prasarana Puskes-mas
   k. Rehab sedang/berat Puskesmas Pembantu
4. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita, dengan kegiatan:
   a. Penyuluhan kesehatan anak balita

b. Imunisasi bagi anak balita
c. Rekrutmen tenaga pelayanan kesehatan anak balita
d. Pelatihan dan pendidikan perawatan anak balita
e. Pembangunan sarana dan prasarana khusus pelayanan perawatan anak balita
f. Pembangunan panti asuhan anak telantar balita
g. Monitoring, evaluasi, dan pelaporan

5. Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak, dengan kegiatan:
   a. Penyuluhan kesehatan bagi ibu hamil dari keluarga kurang mampu
   b. Perawatan secara berkala bagi ibu hamil dari keluarga kurang mampu
   c. Pertolongan persalinan bagi ibu dari keluarga kurang mampu

2.4 Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat

Pengamatan dan penelusuran dokumen pembangunan kesehatan di Kabupaten Lombok Barat menunjukkan perubahan ke arah positif yang cukup signifikan. Meski demikian, capaian tersebut tidak serta merta mampu memuaskan semua lapisan masyarakat yang ada di kabupaten tertua di Provinsi Nusa Tenggara Barat ini. Perspektif yang dilandasi beragam latar belakang dan kondisi membuat pandangan yang berbeda pada setiap orang, tak terkecuali lapisan masyarakat yang ada di Kabupaten Lombok Barat.

Pada sub bagian ini akan dipaparkan beberapa perspektif tentang pembangunan kesehatan yang tengah berlangsung di

Kabupaten Lombok Barat. Perspektif ini digali menurut sudut pandang petugas kesehatan, lintas sektor, dan juga dari sudut pandang masyarakat secara umum. Perspektif dalam tiga sudut pandang yang berbeda diharapkan mampu memberikan gambaran utuh tentang pembangunan kesehatan di Kabupaten Lombok Barat dalam pandangan para petugas kesehatan dan lintas sektor sebagai pelaku dan masyarakat sebagai sasaran pembangunan, serta anggota DPRD sebagai wakil rakyat sekaligus salah satu *policy maker*.

> "Kalau dari data sudah cukup bagus, angka kematian bayi sudah turun dari 90-an menjadi 60-an, kemudian dari angka kematian ibu yaa… memang fluktuatif dia, memang kematian tidak bisa kita prediksi, tapi dari SDM bisa kita prediksi terutama kompetensi bidan, kasus kematian ibu tahun 2013 (ada) 10, sekarang 2014 (ada) 7. Ini kan sebuah pencapaian yang bagus, pun demikian dengan gizi buruk. Sekalipun demikian kita tetap *crosscheck* data ke lapangan tidak serta merta data itu kita *amini*…"
>
> (Kh, 45 tahun, Bappeda)

Sh (36 tahun), salah satu anggota dewan yang tinggal di Dusun Medas mengatakan bahwa situasi masalah kesehatan yang ada di Kabupaten Lombok Barat, khususnya di Kecamatan Batu Layar cukup baik. Ukuran baik menurut anggota dewan ini adalah pelayanan Puskesmas yang sudah profesional, perhatian terhadap ibu hamil dan anak sudah sangat tinggi, sehingga tidak ada lagi ibu yang melahirkan di dukun. Semua sudah dilayani mulai di Polindes, Puskesmas hingga ke Rumah Sakit.

AR, sebagai salah satu kepala Puskesmas di Lombok Barat turut meng*amin*i kondisi status kesehatan di Kabupaten Lombok Barat yang menuju sebuah perbaikan, "…sudah cukup baik, saya rasa sudah membaik. Hal ini bisa dilihat sudah banyak terjadi

penurunan penyakit… diare, e.. ISPA… juga dampak lingkungan… termasuk demam berdarah…”

Keberhasilan pembangunan kesehatan yang sedang berlangsung di Kabupaten Lombok Barat juga dapat dirasakan oleh masyarakat, meski juga masih terselip beberapa kondisi yang seharusnya bisa diperbaiki. Berikut beberapa pernyataan masyarakat:

> “Pembangunan kesehatan ya… di sini bagus… (petugas) sering ke sini… ada pelayanan (Posyandu) lansia tiap bulan… ada untuk campak-campak itu… imunisasi. Ada berobat gratis… ada Jamkesmas… itu bisa dipake ke Puskesmas bisa, ke (Puskesmas Perawatan) Gunungsari bisa, ke (Rumah Sakit) Mataram…”
>
> (Mar, 30 tahun, Kader Posyandu Impian Sorga, Dusun Melase, Desa Batu Layar Barat, Kecamatan Batu Layar)
>
> “Pelaksanaan program kesehatan yang berjalan di sini (Dusun Limbungan) cukup bagus, tapi perlu ada Polindes, Puskesmas kan jauuh… sampai ada yang melahirkan di jalan. Harusnya bisa lebih cepat ditolongin… Kalo Posyandu sudah bagus… rutin… ditangani… diperiksa… disuntik…”
>
> (Ruk, 27 tahun, seorang ibu hamil di Dusun Limbungan, Desa Tamansari, Kecamatan Batu Layar)
>
> “…sebenarnya sudah baik pak di sini. Ada Posyandu, ada kelas ibu hamil… kelas gizi. Itu kemarin sempat diajari sama Mas Danang dan Bu Putu (petugas gizi Puskesmas Gunungsari) di kelas gizi. Hanya masyarakat sini sebagian ada yang bandel… ga mau diajak baik. Padahal saya sudah susul untuk ikut Posyandu… saya ojeg-ojeg, saya mau jemput dan antar pulang nantinya, tapi bilangnya nanti-nanti datang… eh sampai Posyandu selesai juga ga datang…”
>
> (Ern, 30 tahun, Kader kesehatan, Istri Kepala Dusun Limbungan, Desa Tamansari, Kecamatan Batu Layar)

> "…lebih bak dari yang dulu-dulu… pertamanya kesadaran dulu tentang kesehatan, kayak dulu misalnya BAB nya disembarang tempat kan. Kan sekarang ada program ODF itu kan *defecation free* itu kan terbebas dari buang air besar sembarangan kan dari segi agama kita keliatan kotor aja kan ngga boleh mba, keliatan aurat aja ngga boleh apalagi keliatan pantat, kita sampe mengusulkan pemutaran film itu untuk odf.."
>
> (ES, 44 tahun, Kader Kesehatan Dusun Medas, Desa Sandik, Kecamatan Batu Layar)

Di sisi lain masih ada masyarakat yang belum puas dengan pembangunan yang dijalankan pemerintah Kabupaten Lombok Barat. Mereka mempunyai harapan yang sangat tinggi untuk pembangunan kesehatan di wilayahnya.

> "… (pembangunan kesehatan) belum maju, pembangunan fisik sudah lumayan. Untuk sekadar pembangunan Puskesmas lumayan. Masih perlu perawatan dokter khusus, perawat khusus, untuk penyakit-penyakit khusus. Perlu ada dokter khusus minimal satu desa satu, kalau bisa gratis… masyarakat termasuk kurang mampu di sini…"
>
> (H. AR, 33 tahun, Pengurus Pokmair Darma Sejati)

Dalam beberapa kasus masyarakat mengeluhkan keterbatasan pembangunan yang belum mampu menyentuh sebagian dari mereka. Meski terkadang yang dikeluhkan tersebut sebenarnya bukan menjadi porsi pekerjaan Dinas Kesehatan, hanya saja tetap terkait, dan bisa menjadi blunder apabila tidak dipenuhi secara benar. Misalnya soal ketersediaan air bersih yang seharusnya lebih menjadi tanggung jawab Dinas Pekerjaan Umum daripada Dinas Kesehatan.

> "Pembangunan kesehatan yaa… yang masih bermasalah di sini (Dusun Duduk Atas) air bersih pak. Kalo musim hujan itu bikin bak-bak penampungan. Ada yang dari semen seperti itu (menunjuk bak penampungan air hujan), juga ada yang

> tandon air seperti itu (menunjuk *profile tank*)… kalo lagi musim kemarau betul-betul kering pak…”
>
> (MSR, 34 tahun, Kepala Dusun Duduk Atas, Desa Batu Layar Barat)

Masalah air bersih ini banyak terjadi di beberapa wilayah di Kabupaten Lombok Barat. Menurut Th, 33 tahun, seorang penggiat LSM setempat yang diwawancarai di Puskesmas Meninting mengatakan bahwa masyarakat yang tinggal di wilayah perbukitan terkendala oleh kebutuhan akan air bersih karena sumber mata air sangat sedikit dan debitnya juga terlalu kecil. Bahkan hingga saat ini, Perusahaan daerah Air Minum (PDAM) juga belum bisa memberikan pelayanan hingga ke wilayah tersebut. Kondisi ini menyebabkan masyarakat setempat mengkonsumsi air yang kurang higienis, kotor, dan terpolusi. Potensi sakit diare mengancam mereka. Di sisi lain, menurut Th, pada wilayah yang kekurangan air, mengakibatkan potensi pola perilaku buang air kecil dan besar yang menjadi persoalan. Persoalan berkaitan dengan bau dan aroma yang kurang sedap.

Hal lain yang menjadi keluhan adalah masalah pembiayaan kesehatan yang dioperasionalkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS). Meski sebenarnya bukan masalah langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, tetapi karena dianggap masih satu kubu “kesehatan”, maka keluhan pun tetap terarah pada Dinas Kesehatan.

Masalah BPJS ini dikeluhkan oleh Sh (36 tahun, anggota DPRD). Menurut Sh, aturan BPJS yang berkaitan dengan proses kelahiran ibu hamil sangat mempersulit konsumen. Hal ini disebabkan, penggunaan BPJS untuk ibu hamil hanya dapat digunakan oleh ibu yang melahirkan saja, sedangkan anak yang

dilahirkan belum bisa ter*cover*. Seandainya anak yang lahir segera didaftarkan, kartu BPJS yang dimiliki juga belum bisa langsung digunakan. Penggunaan kartu BPJS menunggu rentang waktu tertentu untuk digunakan sejak pertama kali didaftarkan.

Bila aturan tersebut tidak diperbaiki atau diambil keputusan yang bijaksana maka potensi resiko bagi anak yang baru dilahirkan tidak dapat ter*cover*. Semua akan dikenakan pada pelayanan yang berbiaya umum. Jika orang tua anak tersebut mampu, mungkin hal ini tidak menjadi persoalan. Tetapi jika keluarga anak tersebut adalah keluarga miskin, mereka akan semakin terbebani. Di samping itu, tindakan medis juga belum dapat segera dilaksanakan bila belum tersedia dana yang cukup. Keberadaan aturan tersebut memungkinkan terjadinya resiko yang seharusnya bisa segera ditangani menjadi tertunda.

Realitas yang diungkap Sh tersebut bukanlah omong kosong. Pernyataan tentang rumitnya pelayanan BPJS juga didukung oleh pernyataan ES berikut:

> "Sekarang orang miskin dilarang sakit, ini juga ada kasus melahirkan dari Dusun Parampuan, ibunya punya Jamkesmas jadi ibunya gratis melahirkan… tapi si anak itu dalam kondisi tidak sehat dia ada kelainan. Jadi anak ini sebagai jaminan. Jadi diharuskan punya BPJS. Kenapa koq sampe segitunya gitu loh mba? Bayi… bayi gitu loh koq kalau ibunya sudah punya Jamkesmas pake punya ibunya…"
>
> (ES, 44 tahun, Kader Kesehatan)

"*Wonder Woman van* Lombok Barat"
Blusukan Tilik Dusun

Gambar 2.16. Hj. Nanik Suryatiningsih Zaini Arony

Nama Ibu Hajah Nanik Suryatiningsih Zaini Arony, sudah sangat familiar di telinga masyarakat yang mendiami wilayah Kabupaten Lombok Barat. Bunda Nanik, demikian biasa dia dipanggil, merupakan figur wanita yang sangat luar biasa, dinamis dan energik. Aktifitasnya sangat padat, ada satu aktifitas yang masuk dalam kategori fenomenal, yaitu gagasannya untuk melakukan "*move on*" berupa inisiatif melakukan kunjungan ke berbagai wilayah di Kabupaten Lombok Barat hingga pada tingkat dusun. Kehadirannya selalu dinanti masyarakat, dan di setiap kunjungannya Hj. Nanik selalu menjadi magnet dalam setiap acara "blusukan" ke wilayah-wilayah tersebut. Siapakah Hj. Nanik? Dia dikenal sebagai istri Bupati Kabupaten Lombok Barat dan Ketua Tim Pengerak PKK hingga dua periode.

Sebagai ketua Tim penggerak PKK, Hj. Nanik menganggap bahwa kehadiran PKK sangatlah penting. Meski adakalanya PKK sering dipahami sebagai organisasi khusus perempuan. Padahal peran paling penting dari

kehadiran PKK adalah berkaitan dengan kemampuannya yang dapat menyokong dan menyukseskan berbagai program pembangunan. Hj. Nanik mengatakan, PKK adalah mitra penting dalam penggerak program pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah.

Atas dasar peran penting dalam kemitraan inilah, Kabupaten Lombok Barat dianggap memiliki aset penting yang tidak ternilai harganya berupa tim penggerak PKK yang aktif dan solid. Keaktifan dan kesolidannya sangat dirasakan dalam proses membantu melakukan penguatan setiap program-program pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah. Pendekatan-pendekatan pembangunan yang cenderung terlalu sangat "maskulin" dapat diakselerasi keberhasilannya dengan kehadiran para Srikandi di organisasi PKK melalui pendekatan-pendekatan "feminim" yang cenderung sangat humanis melalui ragam inisiatif dialog dan perhatian dari hati ke hati.

Selain prestasi yang dimilikinya dengan sering memenangkan berbagai perlombaan PKK di tingkat provinsi, Tim penggerak PKK Kabupaten Lombok Barat dengan dikoordinir oleh Hj. Nanik selaku istri bupati, juga menunjukkan prestasi dalam keaktifannya melakukan pendekatan ala kunjungan lapangan langsung sampai ke tingkat dusun. Sampai saat ini (Februari 2015), sudah 701 dusun dari total 825 dusun di Kabupaten Lombok Barat yang telah dikunjungi Hj. Nanik tanpa diwakilkan. "Saya tergetkan semua dusun yang belum saya kunjungi akan saya datangi dalam tahun ini," kata Nanik sambil meminta daftar desa dan dusun mana yang akan menjadi target dalam aktivitas kunjungan berikutnya. Kenapa

harus dusun? Ternyata kunjungan pada tingkat desa sudah dilaksanakan pada masa-masa sebelumnya.

Harapan Hj. Nanik, dengan kunjungan ibu bupati yang turun sendiri sampai ke tingkat dusun, masyarakat merasa diperhatikan sehingga akan lebih termotivasi dalam memajukan desanya dan Kabupaten Lombok Barat pada umumnya. Perasaan merasa "diperhatikan" yang dirasakan oleh masyarakat, secara tidak langsung mau tidak mau dapat memicu adanya energi potensial positif yang dapat menggerakkan berbagai inisiatif masyarakat yang ada di wilayah tersebut. Kehadiran beliau menciptakan vibrasi-vibrasi yang dapat mempercepat pergerakan perubahan di desa. Inilah pendekatan humanis yang sangat luar biasa dampaknya dalam keberhasilan suatu program. Menggerakkan perubahan melalui "hati" masyarakat. Demikianlah kosa kata yang pas untuk merujuk pada strategi yang dilakukan oleh ketua tim Penggerak PKK.

Jika masyarakat merasa "dimanusiakan" atau dihargai melalui kunjungan, mereka akan dapat mengetahui isi hatinya. Dengan begitu setiap harapan dan hambatan yang ada di lapangan dapat diminimalkan sebanyak mungkin. Beliau menolak jika dikatakan bahwa aktivitas kunjungan ke desa dan dusun dikatakan sebagai kegiatan mencari muka. Baginya kegiatan tersebut merupakan suatu metode yang sangat efektif dalam melihat berbagai permasalahan dan akar permasalahan yang sesungguhnya dialami masyarakat secara nyata dalam kehidupan kesehariannya. Data-data kondisi yang nyata seperti inilah yang dapat menjadi masukan bagi pemerintah dalam proses pembuatan solusi berupa program

pemerintah dan proses implementasi di lapangan pada masa yang akan datang.

"Masyarakat merasa diperhatikan, kalau saya datang (secara) langsung maka otomatis istri camat dan istri kepala desa akan turut serta aktif, saya memotivasi mereka sebagai tim penggerak PKK di tingkat kecamatan hingga desa untuk juga sering turun ke lapangan," ucapnya di sela sela menerima kunjungan peneliti di sekretariat PKK kabupaten.

PKK adalah organisasi terstruktur yang memiliki Pokja dengan berbagai program. Baik program yang diimplementasikan dengan melibatkan pengurus hingga ke tingkat dusun, melalui lintas sektoral atau kombinasi. Misalnya, selama ini PKK Kabupaten Lombok Barat telah aktif turut serta mempromosikan program program kesehatan di antaranya adalah dengan melakukan kampanye 1.000 hari pertama kehidupan di jalan raya, program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, ASI ekslusif, arisan jamban, dan lomba cipta menu dengan pemanfaatan bahan pangan lokal.

Dalam rangka upaya mendukung program Dinas Kesehatan mengenai pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) tahun 2015, maka kader-kader PKK akan dilatih bagaimana pola asuh anak yang baik, termasuk dalam memberikan makanan pada anak, bagaimana memanfaatkan dari bahan-bahan yang telah tersedia dan tidak harus mahal. Diharapkan nantinya kader PKK dusun akan menularkan kemampuanya pada ibu-ibu sehingga akan berdampak pada meningkatnya pengetahuan dan keterampilan masyarakat dalam pemberian makanan pada anak dan akan memperbaiki permasalahan gizi pada balita.

Pada kesempatan yang berbeda, PKK juga merasa perlu menguatkan program-program berkaitan dengan pendidikan. Pendidikan dalam keluarga merupakan sesuatu yang sangat penting nilainya. Hal ini disebabkan, nilai-nilai dasar perlu ditanamkan sejak dini seperti etika, moral, dan kesopan santunan. Pendidikan keluarga merupakan pendidikan awal dalam proses pembentukan karakter anak. Orang tua dapat dijadikan panutan dalam proses penanaman nilai-nilai tersebut di tengah gempuran perubahan nilai dari luar yang pengaruhnya luar biasa saat ini melalui berbagai media yang menerpa anak-anak kita (AS).

Bab 3

PENDAMPINGAN DI KABUPATEN LOMBOK BARAT

Kabupaten Lombok Barat merupakan salah satu DBK. Hal ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2012 tentang Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK).

Permenkes tentang kebijakan PDBK mengatur beberapa DBK, termasuk salah satunya Kabupaten Lombok Barat, sebagai sasaran kalakarya PDBK yang akan diberikan pendampingan. Meski sejatinya proses PDBK di wilayah Timur telah berjalan pada tahun 2011 sejak dimulainya kalakarya regional di Bali.

Pendampingan daerah yang bermasalah kesehatan diatur secara berjenjang dalam kebijakan PDBK tersebut. Pendamping dari pusat (tim PDBK) mendampingi pada level provinsi dan kabupaten; pendamping level provinsi mendampingi level kabupaten/kota di wilayahnya; pendamping kabupaten (Kepala Dinas) mendampingi struktur di bawahnya (Ka Subdin dan Ka Sie), serta Puskesmas; sementara Ka Subdin dan Ka Sie juga mempunyai tanggung jawab pendampingan yang sama pada Puskesmas. Di sisi lain juga dilakukan upaya secara bersama-sama menggandeng lintas sektor lain, swasta, dan masyarakat untuk bergerak bersama-sama.

3.1 Kabupaten Lombok Barat di antara Kepungan DBK

Kabupaten Lombok Barat merupakan kabupaten induk dari dua wilayah lainnya, yaitu Kota Mataram, yang juga merupakan ibu kota Provinsi Nusa Tenggara Barat, dan Kabupaten Lombok Utara. Dari 10 (sepuluh) Kabupaten/Kota yang ada di wilayah Propinsi Nusa Tenggara Barat, 6 (enam) dimantaranya merupakan DBK.

Ke-enam Kabupaten tersebut adalah;

1) Kabupaten Lombok Tengah
2) Kabupaten Lombok Barat
3) Kabupaten Lombok Utara (pemekaran dari Kabupaten Lombok Barat)
4) Kabupaten Bima
5) Kabupaten Sumbawa
6) Kabupaten Dompu.

Kriteria DBK merujuk pada IPKM 2007.

Pengertian DBK adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM di antara rerata sampai dengan -1 (minus satu) simpang baku, dan mempunyai nilai kemiskinan (Pendataan Status Ekonomi/PSE) di atas rerata (Kemenkes RI, 2011).

Catatan pendampingan tahun 2011-2012 Kabupaten Lombok Barat menunjukkan geliat pergerakan yang sistemik. Perubahan terjadi tidak hanya pada orang-orang tertentu, tetapi mulai merambah pada setiap tingkatan di Dinas Kesehatan sampai dengan Puskesmas. Pergerakan sistemik ini perlahan dan pasti meranah pada penguatan sistem yang berlaku di dalam Dinas Kesehatan. Tanda-tanda geliat ini dimulai pasca kalakarya

PDBK regional pertama kali yang diselenggarakan di Denpasar-Bali.

Pasca kalakarya regional yang dilaksanakan di Hotel Inna Sanur Bali pada 14-17 Maret 2011 silam, KaDinKes beserta staf yang hadir pada saat itu telah mulai tersentuh sebuah kesadaran baru. Kesadaran akan posisi Kabupaten Lombok Barat yang masuk dalam wilayah DBK.

Pasca kalakarya regional, diadakan kalakarya kabupaten yang pertama, 18-19 Mei 2011 di Aula Bapelkes Provinsi Nusa Tenggara Barat, mendahului kalakarya dari kabupaten DBK lain. Pada saat kalakarya tersebut, dalam pengamatan, Kabupaten Lombok Barat belum menunjukkan sebuah *action* yang merujuk pada sebuah perubahan, meski kesadaran baru telah dimulai. Pasca kalakarya, Kabupaten Lombok Barat terlihat hampir tanpa pergerakan, meski sesungguhnya keahlian baru sedang diasah, "DIALOG!"

Intensitas dialog sedemikian repetitif dilakukan, yang merupakan buah dari kepekaaan dan kesadaran baru adanya sebuah masalah. Kesadaran masuknya Kabupaten Lombok Barat sebagai kabupaten DBK yang mempunyai rangking 296 dari 440 kabupaten di Indonesia (Kemenkes RI, 2011), kegelisahan karena pencapaian D/S Posyandu pada tahun 2010 yang hanya mencapai 61%, kenyataan angka absolut kematian ibu pada tahun 2010 yang mencapai angka 18 ibu meninggal (Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2010), semua melahirkan kepekaan-kepekaan baru untuk segera merumuskan strategi yang tepat dan berdampak sistemik.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2007 tercatat bahwa hasil penimbangan balita di Kabupaten Lombok Barat baru mencapai

45,09%. Artinya bahwa masih 54,01% balita yang belum bersentuhan dengan Posyandu dan atau petugas kesehatan. Hal ini sangat berkaitan erat dengan hasil pencapaian imunisasi lengkap balita yang hanya mencapai 22,71% pada tahun yang sama.

Penduduk miskin di Kabupaten Lombok Barat mencapai angka 28,97% pada tahun 2011. Meski demikian, Kabupaten Lombok Barat masih harus terbebani dengan prevalensi balita gizi buruk dan kurang yang mencapai 27,59%, balita pendek dan sangat pendek 41,74%, serta balita kurus dan sangat kurus yang mencapai 17,62% (Badan Litbangkes, 2008).

3.2 Gagasan Penuntun *Out of the Box*

Demi menyadari semua permasalahan yang sedang terjadi pada Kabupaten Lombok Barat dan pentingnya dialog, maka dikembangkanlah strategi untuk membuat sebuah gagasan penuntun, sebuah *mindset* baru, "*out of the box*". Ide implementasi "*out of the box*" ini pertama kali dilontarkan oleh **Drs. H. Rachman Sahnan Putra, M.Kes selaku KaDinKes Kabupaten Lombok Barat. Ide "***out of the box*" dimaknai kembali oleh Kabupaten Lombok Barat menjadi keluar dari kotak ego program dan melebur menjadi satu kekuatan, kekuatan tenaga kesehatan.

Saat ini "*out of the box*" bukan lagi hanya sekadar jargon di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat. Perlahan tapi pasti, "*out of the box*" kini telah mulai menjadi sebuah budaya, budaya organisasi.

Kerangka pikir berupa "Wilayah Perubahan dan Tinda-kan" yang dijalankan di wilayah Kabupaten Lombok Barat ini

dimodifikasi berdasarkan konsep pendampingan yang dikembangkan di dalam PDBK yang merupakan konsep dari Senge (1999). Dalam konsep pendampingan ada dua wilayah yang dijadikan fokus perhatian, yaitu lingkaran sebagai wilayah perubahan dan segitiga sebagai wilayah tindakan.

Perhatian pertama ditujukan pada wilayah perubahan, sebagai sebuah siklus belajar yang dimulai dari kesadaran dan kepekaan baru, kemudian berwujud menjadi sikap dan keyakinan baru dan berlanjut pada keahlian dan kemampuan baru. Kesadaran dan kepekaan baru, yaitu individu paham struktur dasar mempengaruhi perilaku, dan berhenti menyalahkan.

Sikap dan keyakinan baru, yaitu pergeseran berpikir dengan cara menghilangkan asumsi yang tidak terlihat, misalnya, birokrasi memandang seseorang "berada dalam kendali". Keahlian dan kemampuan baru, membawa secara sadar untuk berubah (*metanoia*) karena "INGIN", bukan karena perlu atau harus (Soendoro, 2012). Perhatian kedua ditujukan pada wilayah tindakan, yang merupakan sebuah segitiga tindakan yang terdiri dari gagasan-gagasan penuntun, teori, metode dan alat, serta inovasi pada infrastruktur.

Intervensi pada kedua wilayah tersebut, wilayah perubahan dan wilayah tindakan, diharapkan mampu berdampak pada hasil yang diharapkan, yaitu perbaikan kinerja sistem kesehatan, terutama pada empat fokus bidang kesehatan yang tengah menjadi perhatian di Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, yaitu;

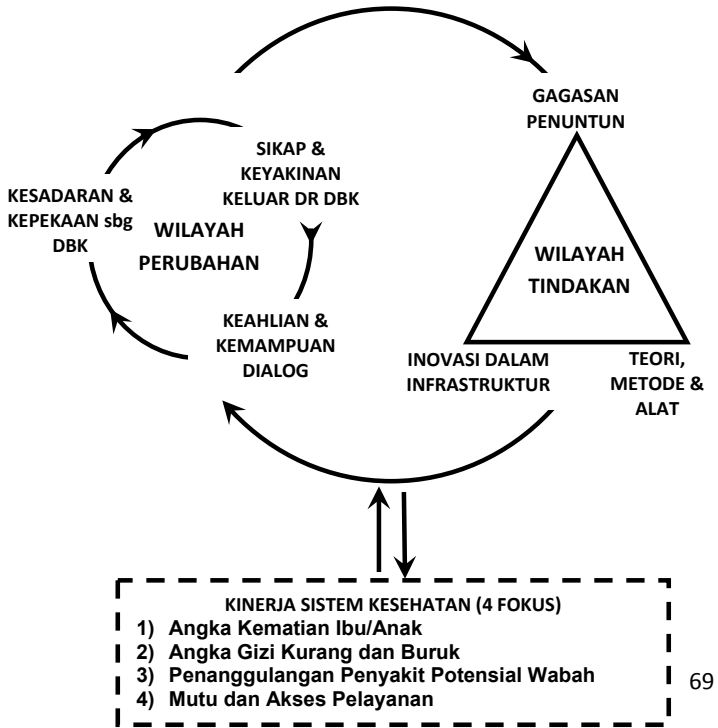
1) Penurunan Angka Kematian Ibu/Anak,
2) Penurunan Angka Gizi Kurang dan Buruk,

3) Penurunan Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi, dan
4) Peningkatan Mutu dan Akses Pelayanan.

Bila kita melebur dalam keseharian Dinas Kesehatan, kita akan sering mendapati celetukan akan sebuah fenomena atau kejadian dengan pernyataan, *"Kejadian ini out of the box apa bukaaaan...?"* atau pertanyaan spontan berikut, *"Fenomena ini sudah out of the box atau belum?"*

Setiap apel pagi dihadapkan dua atau lebih pemegang program yang berkaitan untuk memberi kesaksian dan upaya *crosscheck*. Apakah pemegang program promosi telah duduk bareng dengan pemegang program sanitasi untuk program BASNO (buang air besar sembarangan nol)? Apakah Ka Sie Anak telah 'kawin' dengan Kasie Gizi untuk penanganan gizi buruk dan kurang?

"*Out of the box*" sudah demikian membudaya, demikian mengaktual. Kesadaran dan kepekaan baru di Kabupaten Lombok Barat sudah mewujud sebagai sikap dan keyakinan, mewujud sebagai keahlian dan kemampuan baru. Langkah selanjutnya adalah "TINDAKAN"!

Geliat *out of the box* sebagai sebuah budaya terintegrasi diwujudkan Kabupaten Lombok Barat dalam kolaborasi kampanye campak dengan bulan penimbangan. Semangat yang didengungkan adalah mendekatkan cakupan program dengan data riil balita di lapangan.

Gambar 3.1 Wilayah Perubahan dan Tindakan
Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dimodifikasi dari konsep PDBK dan Peter Senge

Upaya pertama adalah pendataan jumlah balita riil di lapangan. Jalur pendekatan institusi dipilih untuk bantuan dari camat, kepala desa, dan kepala dusun. Jalur pendekatan lewat organisasi PKK dan dasa wisma juga dilakukan untuk lebih menyentuh sampai ke pelosok desa. Seperti kabupaten yang lain, kader tetap menjadi ujung tombak pelaksanaan cacah jiwa balita ini.

Pada tanggal 18 Oktober-18 November 2011, dari 71.053 balita tahun 2011 yang merupakan hasil proyeksi Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Lombok Barat, terjaring sejumlah 57.638 balita riil dari seluruh wilayah Kabupaten Lombok Barat. Hasil pendataan secara riil ini mencapai 81,12% dari proyeksi yang dilakukan oleh BPS.

Berdasarkan hasil pendataan di lapangan, pada saat bulan penimbangan telah berhasil menangkap 57.504 balita, atau sebesar 99,77% dari sasaran riil. Sebuah capaian yang sangat fantastis!

Berdasarkan hasil penimbangan didapatkan balita BGM sebesar 1.588 balita, dengan penapisan BB/TB didapatkan rincian 107 sangat kurus (gizi buruk), kurus 496 balita, dan normal 983 balita.

Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa pada tahun tersebut terdapat 27,59% balita gizi buruk dan kurang. Bila kemudian kita meng*analog*kan dengan persentase yang sama, maka pada tahun 2011 seharusnya terdapat sekitar 15.903 balita guburkur (27,59% x 57.638 balita). Untuk diketahui pada saat pendataan Riskesdas 2007 dilakukan, Kabupaten Lombok Barat juga meliputi wilayah Kabupaten Lombok Utara saat ini.

Untuk penanganan balita gizi buruk telah diupayakan pembiayaan dari APBD murni dan Dana Bantuan Sosial Pemda. Balita gizi buruk dengan adanya penyakit penyerta dirawatinapkan di Puskesmas atau rumah sakit selama 10-15 hari, dan pemberian makanan tambahan anak selama 90 hari.

Untuk kasus balita gizi kurang Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat mengupayakan pembiayaan dengan melakukan realokasi Dana BOK. Pembiayaan diarahkan untuk Pemberian

Makanan Tambahan (PMT) pemulihan dan kelas gizi untuk ibu atau pengasuh balitanya.

Bila data yang telah dipaparkan oleh Kabupaten Lombok Barat adalah benar, maka telah terjadi peningkatan kesehatan luar biasa di masyarakat Lombok Barat selama 3 tahun terakhir. Indikasi lain yang sempat tertangkap adalah jumlah kematian ibu pada tahun 2010 sebanyak 18 kematian, sedang pada tahun 2011 sampai dengan akhir November ini telah mencapai 9 kematian ibu.

3.3 Jambore Kader Kesehatan; Momentum Pemberdayaan Masyarakat di Kabupaten Lombok Barat

Upaya pendampingan berjenjang sampai pada level *grassroot,* masyarakat, telah dilakukan di Kabupaten Lombok Barat. Hal ini diwujudkan dalam upaya pemberdayaan, yang meski belum seratus persen berhasil, tetapi menunjukkan semangat yang luar biasa di masyarakat.

Dalam upaya implementasi pemberdayaan masyarakat di lapangan, kita tidak akan pernah terlepas dari kader kesehatan. Mereka adalah pahlawan-pahlawan tanpa pamrih yang berada di ujung tombak bersama masyarakat.

Hari itu, tepat Hari Pahlawan tanggal 10 November 2012, Pemda Kabupaten Lombok Barat juga tengah mengelu-elukan pahlawannya. Pahlawan yang bukan hanya tanpa tanda jasa, bahkan bisa dikatakan pahlawan tanpa tanda biaya.

Penulis turut berbaur dengan seribu orang lebih yang terdiri dari kader kesehatan dari 123 desa, tokoh agama dan tokoh masyarakat di wilayah Kecamatan Meninting, Kepala

Desa, Camat, Kepala SKPD se Lombok Barat, Puskesmas serta tidak ketinggalan dari Dinas Kesehatan. Turut hadir juga Pokja AMPL (Air Minum dan Penyehatan Lingkungan) se-Propinsi NTB, Dinas Kesehatan Propinsi Nusa Tenggara Barat, serta beberapa perwakilan dari Kementerian Kesehatan yang diwakili dari Direktur Jenderal P2PL.

Semua tumpah ruah memenuhi lapangan di pinggir pantai tersebut. Dengan mendirikan tenda-tenda komando yang didatangkan dari Dinas Sosial, Basarnas, maupun SKPD lain, para kader akan bermalam di lokasi ini sampai hari Minggu. Menggalang kebersamaan, menumbuhkan kebanggaan para kader sebagai salah satu aktor pahlawan pembangunan.

Gambar 3.2 Jambore Kader se-Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Berpusat di *Coco Beach*, Kerandangan, acara yang dibuka oleh Bupati Lombok Barat tersebut mengusung 5 (lima) kegiatan

sampai dua hari ke depan. Lima kegiatan tersebut menurut dr. Astarini, selaku koordinator acara Jambore Kader ini adalah;

1) Orientasi Kader
2) Deklarasi ODF (*Open Defecation Free*)
3) Cerdas-cermat Kader Kesehatan
4) Bakti Sosial, serta
5) Pelayanan atau Pemeriksaan Kesehatan untuk Kader.

Pada momentum kali ini ada deklarasi dari seluruh desa dan kelurahan di Kecamatan Batu Layar yang mendeklarasikan bahwa kecamatan ini sebagai Kecamatan ODF. Di wilayah Propinsi Nusa Tenggara Barat hal ini biasa disebut oleh Gubernur sebagai BASNO (Buang Air Besar Nol). Kecamatan Batu Layar merupakan wilayah binaan Puskesma Meninting.

Di wilayah Kabupaten Lombok Barat, pada tahun 2012 sudah ada 29 desa/kelurahan yang sudah ODF. Tapi, untuk kecamatan yang seluruh desa/kelurahannya sudah ODF baru Kecamatan Batu Layar yang pertama. Peran kader dan masyarakat sungguh sangat besar dalam mewujudkan ini. Penulis sempat turun melakukan observasi partisipatif berbaur pada saat ada kerja bakti menggali tanah untuk *septictank* di wilayah Meninting ini.

Acara Jambore Kader ini merupakan acara yang diagendakan khusus untuk kader kesehatan sewilayah Kabupaten Lombok Barat. Acara berisi tentang *capacity building* ataupun *refreshing* kemampuan kader tentang Posyandu dan upaya pemberdayaan lainnya.

Dalam kesempatan ini banyak diberikan penghargaan bagi kader, terutama bagi kader lestari, kader yang telah lebih dari

10 tahun mengabdikan dirinya untuk kesehatan di masyarakat. Sebuah kesempatan yang langka, kesempatan yang tidak ada duanya. Disebutkan namanya di depan seribu orang lebih sebagai kader yang berprestasi. Diberikan kesempatan untuk bersalaman, bertatap muka, sekaligus menerima bingkisan dari Bupati maupun Ibu Bupati selaku Ketua Tim Penggerak PKK. Sebuah kebanggaan yang tidak bisa diwakili dengan kata-kata.

Jumlah kader kesehatan di kabupaten ini seharusnya 4.000 orang, tetapi yang bisa dihadirkan hanya sekitar 800 kader. Dalam rencana, KaDinKes Lombok Barat, Drs. Rahman Sahnan Putra, M.Kes, menyatakan bahwa hal ini akan direplikasi dan dibagi dalam 5 (lima) regional wilayah Lombok Barat. Untuk penjadwalannya masih menunggu konfirmasi dari pihak protokoler Bupati.

Inisiatif pembuatan acara semacam Jambore Kader ini bermakna penting bagi tonggak pemberdayaan masyarakat. Betapa tidak? *Refreshing* semangat yang dirasakan kader jauh melebihi anggaran biaya yang dikeluarkan guna pelaksanaan acara ini.

Gambar 3.3 Pemberian Penghargaan untuk Kader

Sumber: Dokumentasi Peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

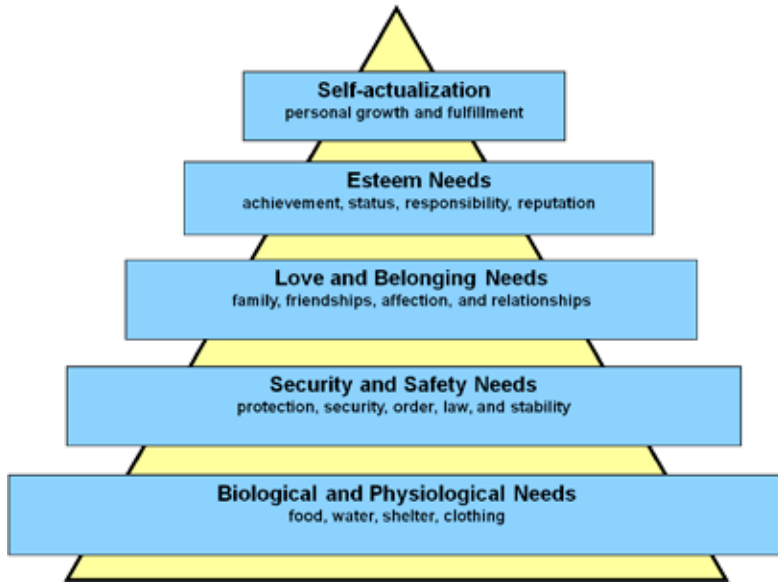
Dalam beberapa diskusi bersama puluhan kader, panasnya semangat ini masih menyala dan sangat kentara di wajah-wajah sumringah mereka yang berdiskusi dengan antusias layaknya para pakar yang berdebat di televisi. "...dengan adanya acara Jambore Kader ini kami ini sangat bangga, Pak!" ujar seorang kader. Sementara kader lain menyahut dengan antusias, "Kami merasa sangat dihargai, Pak! Saya jadi bersemangat untuk mengabdi sebagai kader terus." Isnaeni, seorang kader lestari yang telah lebih dua puluh tahun mengabdi pun menyatakan, "Seharusnya acara semacam ini dilakukan terus, Pak. yaaa... minimal setahun sekali laaah! Ini kan pestanya para kader..."

Melalui Jambore Kader ini para kader menemukan dunia baru untuk aktualisasi. Mengaktualisasikan dirinya secara penuh sebagai seorang manusia yang merasa bisa memberikan manfaat bagi masyarakat di sekitarnya.

Pemenuhan kebutuhan untuk aktualisasi merupakan puncak dari teori motivasi berdasarkan hierarki pemenuhan kebutuhan dari Maslow. Dalam kondisi ini, para kader telah melompat melampaui '*biological and physiological needs'*, beberapa kebutuhan yang lebih mendasar, yang menjadi motivasi dasar bagi setiap manusia dalam menjalankan aktifitasnya.

Dalam keseharian, para kader tersebut sama dengan kondisi masyarakat di Kabupaten Lombok Barat, bahkan beberapa dalam kondisi kekurangan, yang seharusnya kondisi kebutuhan hidup dasar semacam pangan, sandang, dan papan, lebih memotivasi mereka dalam melakukan aktivitas dalam kesehariannya.

Dengan memberi suntikan semangat semacam ini pada kader berarti juga menggerakkan sektor lain. Bagaimana tidak? Seringkali kader kesehatan adalah juga

kader keluarga berencana, kader PK. Rangkap jabatan. Badannya satu, tetapi mempunyai seragam yang berbeda. Mereka benar-benar realitas pahlawan pembangunan di level *grassroot.*

Gambar 3.4 *Hierarchy of Needs*dari Abraham Maslow

Sumber: http://hrnotes.com/2011/08/16/why-do-we-resist-change/

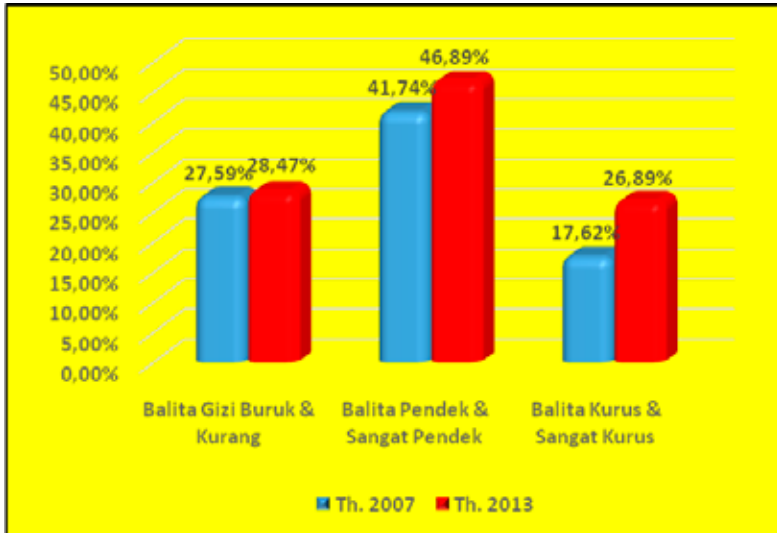
Implementasi ide dasar gagasan penuntun *'Out of The Box'* bila benar-benar diterapkan secara konsisten dan mengaktual sebagai budaya organisasi di Dinas Kesehatan, bisa memberikan dampak yang sistemik. Tidak hanya akan terpusat di dalam organisasi itu saja (Dinas Kesehatan), tetapi akan merembes, menyebar, dalam spektrum luas pada organisasi di sekitarnya (Puskesmas, SKPD lain), bahkan sampai kepada tataran masyarakat, pada setiap sudut sistem yang berlaku secara keseluruhan.

Gagasan penuntun '*Out of The Box*' yang dikombinasikan dengan kemampuan dan kemauan dalam berdialog akan benar-benar merasuk secara sistemik dan tidak lagi berlaku sebagai sebuah sistem yang mekanistik, sebuah mesin, tetapi akan berlaku seperti sistem hidup. Sistem yang berisi tentang manusia dan kemanusiaannya. Sebuah upaya untuk memanusiakan kembali manusia.

Bab 4

STATUS GIZI BALITA

Status gizi pada bayi dan anak di bawah usia lima tahun (Balita) merupakan indikator yang sangat penting untuk menandai apakah pembangunan kesehatan sebuah wilayah berhasil atau tidak. Kelompok balita bersama dengan kaum ibu serta kelompok usia lanjut adalah kelompok rentan yang menjadi tolok ukur di bidang kesehatan.

Seiring dengan salah satu target dalam MDGs yakni menurunnya prevalensi malnutrisi pada balita, status gizi balita merupakan indikator yang mutlak harus ada dan memiliki bobot tertinggi dalam penghitungan skor IPKM. Penentuan bobot ini berdasarkan pertimbangan adanya keterpaparan yang luas pada masyarakat, dampak terhadap status kesehatan, urgensi untuk segera ditangani dan dinilai sulit dalam penyelesaiannya. Indikator status gizi balita yang dimaksud yakni proporsi balita dengan gizi buruk dan kurang (*underweight*), proporsi balita pendek dan sangat pendek (*stunting*), proporsi balita gemuk bersama cakupan penimbangan, kunjungan neonatal dan cakupan imunisasi yang membentuk faktor kesehatan balita dalam pengembangan IPKM 2013. Gambar 4.1 berikut adalah perbandingan indikator status gizi balita pada Riskesdas 2013 dibandingkan dengan 2007.

Gambar 4.1 Tren Status Gizi Balita di Kabupaten Lombok Barat Tahun 2007 dan 2013 berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar

Sumber: Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan, 2007 & 2013

Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan proporsi malnutrisi pada balita yakni proporsi *underweight*, *stunting* dan *wasting* dibandingkan tahun 2007. Di sisi lain, terjadi peningkatan tajam cakupan balita yang ditimbang yakni menjadi 91,13% (lihat Gambar 4.2). Kenaikan tajam cakupan penimbangan ini, menandakan telah ada peningkatan capaian program dalam upaya pemantauan pertumbuhan balita.

Gambar 4.2 Tren Cakupan Balita Ditimbang di Kabupaten Lombok Barat Tahun 2007 dan 2013 berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar

Sumber: Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan, 2007 & 2013

Data Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Provinsi NTB pada tahun 2013 menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda, proporsi keluarga yang sudah menimbang berat badan balitanya secara teratur sebesar 95,37%. Di tingkat Kabupaten ditunjukkan pada profil kesehatan tahun 2013 yakni pada data proyeksi balita ditimbang (D) dibandingkan jumlah seluruh balita (S) sebesar 75,14% mengalami peningkatan 5,54% dibanding tahun 2012. Angka perbandingan ini digunakan sebagai indikator tingkat partisipasi masyarakat. Semakin tinggi hasil D/S proyeksi menunjukkan tingginya kepedulian masyarakat untuk menimbang balitanya di Posyandu.

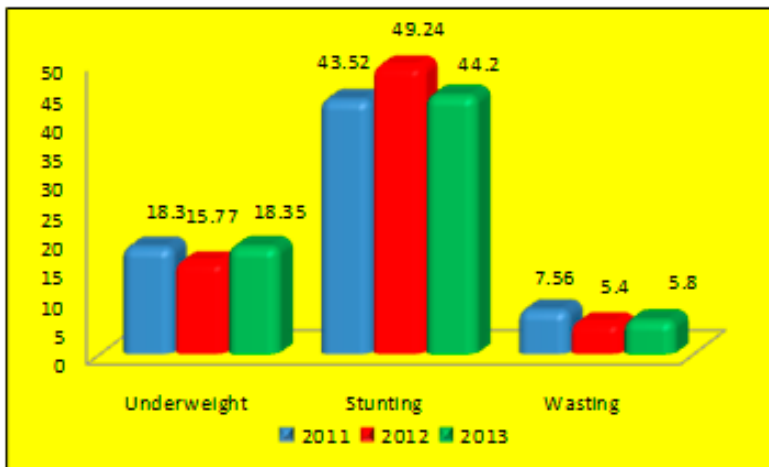
Gambar 4.3 Kegiatan Posyandu di Dusun Dasan Bare Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Upaya *sweeping* juga dilakukan pada masyarakat yang belum atau berhalangan hadir ke Posyandu. Kader akan mendatangi rumah warga sehari sebelumnya atau setelah Posyandu untuk melakukan penimbangan di rumah. Artinya upaya pemantauan pertumbuhan sudah dilakukan, dibuktikan dengan hasil yang seiring pada Riskesdas 2013, Data PSG dan Kadarzi Provinsi NTB 2013 dan data Profil Kesehatan 2013 Kabupaten Lombok Barat untuk cakupan penimbangan. Meskipun demikian permasalahan malnutrisi pada balita masih tetap terjadi. Data dari PSG dan Kadarzi Provinsi NTB tahun 2013 menunjukkan tren status gizi balita selama tiga tahun terakhir (Gambar 4.4).

Dalam pengembangan model IPKM 2013, proporsi balita *wasting* tidak diikutkan dalam analisis karena prevalensi nasional cenderung menurun, selain itu terdapat indikator lain yang dinilai lebih sensitif untuk status gizi balita yakni proporsi *underweight*, *stunting,* dan balita gemuk. Proporsi balita gemuk Kabupaten

Lombok Barat berdasarkan hasil Riskesdas 2013 adalah sebesar 7.64%.

Permasalahan gizi balita, upaya peningkatan kesehatan dalam bidang gizi, dan upaya meningkatkan partisipasi masyarakat di Posyandu menjadi latar belakang, sehingga gizi balita menjadi salah satu fokus dalam kajian ini.

Gambar 4.4 Tren Status Gizi Balita di Kabupaten Lombok Barat Tahun 2011, 2012, 2013 berdasarkan Pemantauan Status Gizi Provinsi Nusa Tenggara Barat 2013

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi NTB 2013

4.1 Situasi Sumber Daya Program Gizi

Pelaksanaan program gizi bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya perbaikan gizi serta meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat dalam menolong dirinya dalam mencukupi kebutuhan gizinya. Secara singkat, program gizi khususnya untuk Balita yang dilaksanakan di Kabupaten Lombok Barat mencakup pemberian kapsul vitamin

A, pemantauan pertumbuhan, pemberian makanan tambahan (PMT) untuk balita BGM, penanganan gizi buruk dan penyuluhan gizi melalui pos gizi. Untuk keberlangsungan program ini tentu saja kecukupan sumber daya manusia, pembiayaan sarana prasarana dan dukungan kebijakan merupakan modal dasar untuk mencapai target perbaikan upaya gizi masyarakat.

Sumberdaya gizi yang ada di Kabupaten Lombok Barat memiliki total tenaga gizi berjumlah 41 orang dengan rincian 4 orang di Rumah Sakit dan 37 orang di 16 Puskesmas. Artinya rata rata satu Puskesmas memiliki dua sampai tiga tenaga gizi. Mengacu pada hasil perhitungan kebutuhan tenaga dengan menggunakan metode WISN (*Workload Indicator of Staffing Need*) jumlah tenaga gizi yang dibutuhkan masih kurang (idealnya satu Puskesmas memiliki 3 sampai 4 petugas gizi). Data profil kesehatan tahun 2013 menunjukkan hanya lima Puskesmas (30%) yang sudah memenuhi syarat dalam hal ketercukupan tenaga gizi berdasarkan kriteria tersebut, yakni Puskesmas Gunung Sari, Lingsar, Kuripan, Kediri, dan Gerung.

Kurangnya tenaga gizi di Kabupaten Lombok Barat ini juga dapat dilihat melalui kriteria target rasio jumlah tenaga gizi Kemenkes RI yang mencapai 22 orang per 100.000 pen-duduk. Artinya untuk mencapai hal tersebut diperlukan 98 orang tambahan tenaga gizi di Kabupaten Lombok Barat. Kondisi riil yang ada saat ini dengan kecukupan tenaga gizi per 100.000 penduduk baru mencapai rasio 6,53 per 100.000 jiwa (penghitungan rasio ini tidak termasuk tenaga di Dinas Kesehatan). Hal ini menunjukkan bahwa masih diperlukan tambahan sumber daya lagi untuk mencapai target program yang lebih optimal. Kendala lain yang dialami adalah penyebaran yang

belum merata (Gambar 4.5), seperti Puskesmas Panimbung yang hanya memiliki satu tenaga gizi dan juga adanya beban kerja ganda pada petugas gizi.

Gambar 4.5 Peta Persebaran Tenaga Gizi Kabupaten Lombok Barat 2013

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2013

Dalam melaksanakan tugasnya, petugas Puskesmas memiliki perpanjangan tangan yang ada di masyarakat. Kehadiran kader dan peran aktifnya diperlukan dalam penyelenggaraan program. Kader merupakan aset yang ada di setiap dusun. Setiap dusun memiliki 4 kader dan pada tiap desa memiliki 1-2 kader pendamping. Kader pendamping merupakan kader terpilih di tingkat desa yang tugasnya menginformasikan kepada seluruh desa masing-masing. Selain itu tugas pendamping kader adalah untuk membantu kader dusun dalam membuat laporan serta mengambil laporan dari kader-kader lainnya.

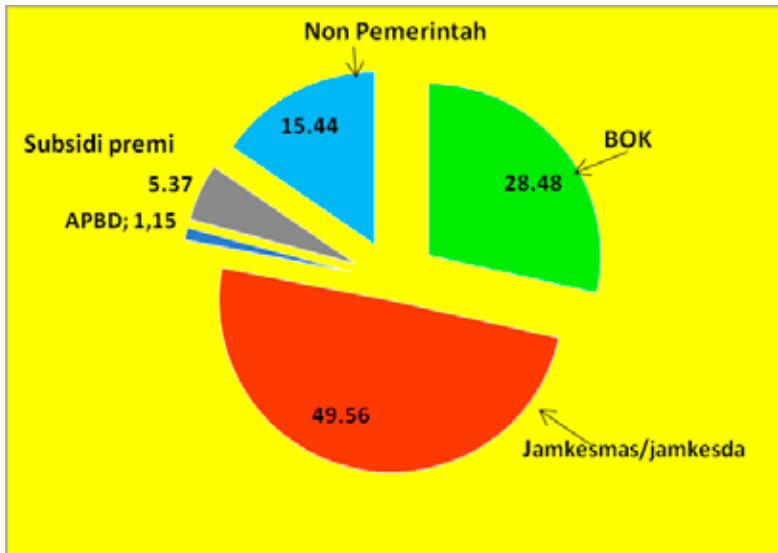
Kader di tiap dusun memiliki tugas mendatangkan sasaran ke Posyandu, melakukan *sweeping* dan mengisi form pemantauan pertumbuhan balita. Untuk memberikan hasil yang berkualitas dan tepat sarana prasarana Posyandu tidak boleh diabaikan. Dalam observasi yang dilakukan oleh peneliti pada pelaksanaan salah satu Posyandu di dusun Dasan Bare Puskesmas Gunungsari, terdapat dua jenis timbangan yang biasanya ada di Posyandu yakni timbangan dacin untuk bayi/balita yang belum bisa berdiri dan timbangan injak pegas bagi anak yang sudah dapat berdiri. Sedang *Length Board*/*Microtois*e tidak didapati pada tiap pelaksanaan Posyandu, karena pengukuran tinggi badan hanya ada empat kali dalam setahun pada bulan penimbangan. Posyandu yang belum memiliki *Length Boar*d di dusunnya biasanya meminjam dusun terdekat yang lain.

Posyandu merupakan wujud nyata bentuk pemberdayaan di tingkat masyarakat. Jumlah seluruh Posyandu adalah 802 yang tersebar di masing masing dusun dan jumlah Posyandu yang aktif sebanyak 527 Posyandu aktif (65.71%) dengan rasio Posyandu 1,25 per 100 000 penduduk.

Berbicara mengenai Posyandu dan pemantauan pertumbuhan balita, tentunya tak lepas dari peran aktif kader, kesadaran akan pentingnya kesehatan oleh ibu/orang tua balita, pencatatan dan prasarana yang mendukung. Tentu saja keakuratan data diperlukan karena hasil penimbangan pada Posyandu akan dilaporkan pada Puskesmas untuk pemantauan pertumbuhan balita. Bagaimana kader dapat mengisi data penimbangan pada buku KIA dengan tepat, lalu mencatat pada form yang telah disediakan serta mengklasifisikasikan balita mana yang termasuk balita BGM, balita yang naik timbangan berat badannya (N), atau balita yang masuk kriteria T apabila balita berat badannya tidak naik atau mendatar? Hal ini tentu membutuhkan keterampilan dan pengetahuan yang lebih dari seorang kader. *Refreshing* kader diakukan sebagai program menyegarkan kembali kemampuan kader dalam menjalankan tugasnya.

Keberhasilan pelaksanaan program gizi tentunya tak lepas dari dukungan aspek pembiayaan yang memadai. Pembiayaan kegiatan di tingkat Puskesmas bersumber APBD Kabupaten yaitu Dana Alokasi Umum (DAU), pengembalian retribusi 75% dari setoran klaim Jamkesmas (Pusat, Provinsi dan Kabupaten), klaim Jampersal dan retribusi umum dan Askes yang dapat membiayai operasional Puskesmas dan dana BOK untuk kegiatan promotif, preventif, termasuk upaya kesehatan untuk gizi. Gambaran alokasi pembiayaan kegiatan di tingkat Puskesmas dapat dilihat pada gambar 4.6.

Dari alokasi anggaran sebesar 1.157.029.591 di suatu Puskesmas pada tahun 2013 (Puskesmas Gunungsari) sebagian besar bersumber dari klaim Jamkesmas/Jampersal dan Jamkesda.

Urutan kedua adalah bersumber dari dana BOK. Tidak jauh berbeda yang terjadi di Puskesmas Meninting, dari total anggaran sebesar 758 803 856 sebesar 45% berasal dai retribusi pasien Jamkesmas sebesar 45% dan 40,1 % bersumber dari dana BOK. Dari dana BOK itu sendiri, porsi untuk upaya perbaikan gizi masyarakat adalah sebesar 8% diperuntukan untuk upaya perbaikan gizi masyarakat.

Gambar 4.6 Gambaran Sumber Pembiayaan Puskesmas Gunung Sari 2013

Sumber : Puskesmas Gunung sari, 2013

Pembiayaan di tingkat Puskesmas sangat terbantu dengan adanya dana BOK. Salah satu peruntukan dana BOK di tingkat Puskesmas adalah dapat memberikan PMT dan untuk memberi honor kader pendamping desa dan kader penjangkau lapangan yang memiliki banyak tugas dan berkewajiban memberikan

laporan setiap bulan ke Puskesmas. Demikian diungkapkan Ak, Kepala Puskesmas Gunung Sari. Besaran honornya sesuai pagu standar, pengganti transport, 15.000 untuk perjalanan ke dusun dan 25.000 untuk perjalanan dari desa ke kecamatan/Puskesmas. Ke depan seluruh Puskesmas di Kabupaten Lombok Barat akan memiliki otonomi/kewenangan dalam pengelolaan anggaran Puskesmas sebagai BLUD.

Peran Lintas Sektor dalam Pembiayaan

Kehadiran Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Gerakan Sehat Cerdas (PNPM GSC) merupakan salah satu program unggulan Kementerian Dalam Negeri yang sangat bermanfaat terhadap peningkatan status gizi balita di wilayah Kabupaten Lombok Barat. PNPM GSC lebih diarahkan untuk kegiatan non fisik sedangkan PNPM MP (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Pedesaan) untuk pembangunan fisik.

PNPM GSC memiliki fasilitator di tingkat desa dan kecamatan. Kerja sama nyata dirasakan oleh Puskesmas dengan PNPM GSC seperti pada Puskesmas Gunungsari sebagaimana diungkapkan oleh Bapak Ak, Kepala Puskemas Gunungsari

> "Kerja sama dalam hal penanganan kesehatan terutama pada bayi, balita dan kesehatan ibu, salah satunya di kelas ibu hamil, kemudian ada kelas gizi juga, kalau kelas gizi sasarannya ibu ibu yang memiliki balita, kelanjutan dengan kelas ibu hamil, ada juga kelas ibu balita. Biaya dialokasikan untuk biaya penyelenggaraan meliputi transport maupun pemberian menu seperti *berayan* pada kelas gizi."
>
> (Ak, Kepala Puskesmas Gunungsari)

Peran ini seperti diungkapkan oleh Bapak Kh, staf Bidang Kesra Bappeda Kabupaten Lombok Barat, "Solusi gizi buruk

adalah kan PMT… kan bisa dari PNPM GSC yang bisa mengcover."
Dalam kesempatan terpisah, Ibu Ny, staf Program Gizi di Puskesmas Meninting menjelaskan

> "Biasanya dia mengambil apa, kegiatan-kegiatan yang membantu kita, biasanya kegiatan apa yang tidak didanai dari kita. Jadi dari pihak Puskesmas memberikan usulan program apa saja, biasanya kalau akan mengisi apa nama kegiatan-kegiatan itu, biasanya dia akan mengundang, apa itu rapat koordinasi, mengusulkan apa saja."
>
> (Ny, Staf Program Gizi Puskesmas Meninting)

Kegiatan-kegiatan yang terkait program gizi dan mendapat dukungan dari PNPM GSC adalah kelas gizi, PMT BGM, PMT Gizi Buruk, PMT Gizi kurang, Bumil KEK, PMT Bumil KEK, refreshing kader. Tiap-tiap kegiatan pendanaan dari GSC sedangkan pelatihnya dari Puskesmas. "Kalau dari Puskesmas hanya bisa menganggarkan dua kelas, sedangkan dari GSC yang banyak, setiap desa menganggarkan dari kelas gizi, jadi banyak yang sesuai dengan desanya."

Peran PNPM juga dirasakan Ibu Er (43 tahun) sebagai kader pemberdayaan masyarakat desa Sandik dalam rangka meningkatkan cakupan penimbangan pada Posyandu. Dalam hal ini peran kader sangat penting karena merupakan motivator terdekat di masyarakat untuk mendatangi Posyandu. Peran ini diakui Ibu Er menambah motivasinya ketika ada pengadaan sarana pendukung berupa pemberian seragam untuk kader sebagai penyemangat.

> "Saya mengusulkan pembuatan baju kader untuk temen-temen saya, jadi dari PNPM mengusulkan Ok saya bersedia tapi minimal 80% tingkat kehadiran ibu, bayi, balita. Saya jelaskan pada mereka tolong temen-temen kalau pengen baju gratis."
>
> (Ibu Er, Kader pendamping Desa Sandik)

Terkait pemberian PMT dari PNPM GSC Ibu Er menjelaskan lebih lanjut bahwa sesuai usulan dari Posyandu balita yang mendapatkan PMT karena berada di bawah garis merah, bendahara bersama kader pendamping desa membelanjakan PMT yang dibedakan menjadi:

1. Anak umur di bawah dua tahun: kacang hijau, biskuit, vitamin ditambah susu khusus BGM jika balita tersebut mendekati kondisi yang lebih buruk.
2. Anak di atas dua tahun: susu UHT, kacang hijau, biskuit dan vitamin.

4.2 Permasalahan Gizi Balita

Menurut Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, Ibu W mengatakan bahwa saat ini permasalahan gizi balita masih terjadi, hal ini terlihat dengan adanya kasus gizi buruk, adanya bayi yang lahir dengan berat rendah BBLR) dan panjang badan yang pendek.

> "Yah kalau kasus gizi buruk masih tetap ada. Kasus ya, bukan prevalensi… Data PSG tahun 2014 belum dirilis masih berada di Dinkes Provinsi. Tempatnya hampir menyebar di semua kecamatan. Masalah lain yang terjadi adalah adanya bayi yang lahir dengan BBLR dan panjang badan pendek…"
>
> (Ibu W, Kepala Seksi Gizi Dinkes Lombok Barat)

Pernyataan ini didukung dengan data Profil Kesehatan tahun 2013 di Kabupaten Lombok Barat yang menampilkan capaian program dalam upaya bina kesehatan masyarakat. Data dari Profil Kesehatan tahun 2013 menampilkan proporsi balita dengan BBLR sebesar 3,9% menurun dari yang semula 4,73% pada tahun 2012. Jumlah kasus gizi buruk sebesar 103 kasus

menurun dari yang semula 148 kasus pada tahun 2012 dan proporsi balita dengan BGM sebesar 1,76%. Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan proporsi balita BBLR 6,5% dan balita yang lahir pendek (panjang badan < 48 cm) sebesar 16,2%.

Data Profil Kesehatan tahun 2013 juga menyebutkan bahwa BBLR merupakan penyebab terbesar kematian bayi di Kabupaten Lombok Barat. Dari kematian bayi sebanyak 90 anak, 43 disebabkan karena BBLR. Selain itu adanya permasalahan BBLR dan panjang badan pendek pada bayi lahir dikhawatirkan akan menimbulkan permasalahan gizi di masa mendatang. Menurut Ibu W diperlukan upaya untuk memutus mata rantai dengan cara menyiapkan calon wanita usia subur yang akan melahirkan generasi berikut dengan status kesehatan yang lebih baik. Upaya tersebut diwujudkan salah satunya dengan program gizi pada anak sekolah berupa penjaringan anemia pada anak yang akan masuk SMP dan SMA.

Gambaran perbandingan mengenai permasalahan gizi balita yang menjadi fokus menurut Indeks Pembangunan kesehatan Masyarakat dan pemegang program dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Perbandingan Permasalahan Gizi Balita dalam IPKM dan Profil Kesehatan

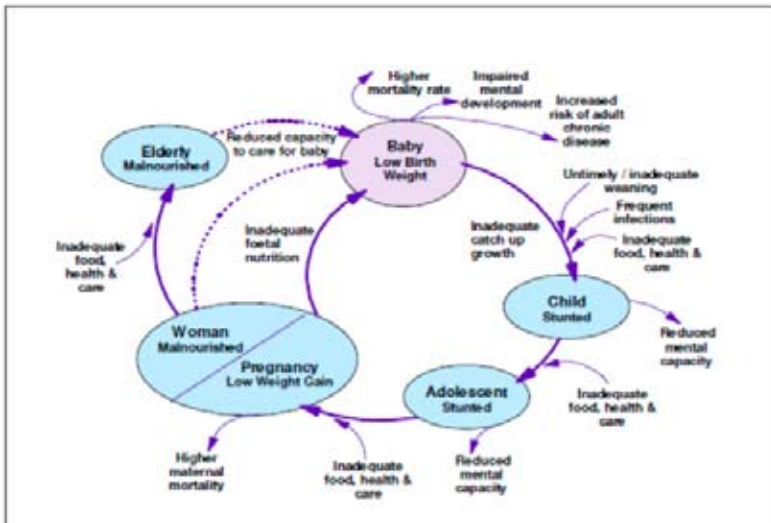
IPKM 2013	**Profil Kesehatan Dinkes Kabupaten Lombok Barat 2013**
Proporsi balita Stunting	Proporsi bayi BBLR
Proporsi balita Underweight	Proporsi balita BGM
Proporsi balita gemuk	Kasus balita gizi buruk
Cakupan penimbangan	Proyeksi D/S

Sumber: Badan Litbang Kesehatan, 2013; dan Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2013

Pada Tabel 4.1, meski tampak berbeda namun sebenarnya tidak dapat dipungkiri bahwa indikator tersebut saling terkait erat. Ilmu pengetahuan mutakhir menunjukkan bahwa status gizi antar generasi dalam daur kehidupan sangat berhubungan. Gizi yang kurang pada saat dalam rahim kemudian berlanjut, pada masa remaja dan dewasa (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI,2007).

Bayi dengan berat lahir rendah (<2500 gram) pada kehamilan cukup bulan mempunyai resiko kematian yang lebih besar dibandingkan dengan bayi normal baik pada masa neonatal maupun pada masa selanjutnya. Gizi kurang menyebabkan bayi dan anak anak sering terkena infeksi dan umumnya infeksi berlangsung berkepanjangan, dan berpeluang terjadi kegagalan pertumbuhan (*grow faltering*) pada usia selanjutnya. Konsekuensi dari berat lahir rendah (kurang gizi) adalah memiliki dampak yang luas hingga dewasa bahkan lansia, terutama untuk wanita. Artinya lahir dengan BBLR memberi peluang untuk pada kesinambungan gizi buruk antar generasi. Selain permasalahan gizi yang terus berulang, Barker menyebutkan bahwa gizi kurang pada saat lahir berpengaruh terhadap terjadinya penyakit kronis pada usia dewasa (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI, 2007).

Di antara indikator dalam mengukur permasalahan gizi balita pada IPKM 2013 dan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat 2013 seperti tercantum dalam tabel 4.1 ada dua indikator yang tidak tersurat dalam Profil Kesehatan Kabupaten Lombok Barat. Kedua indikator tersebut adalah *stunting* dan balita gemuk. Proporsi *stunting* belum menjadi sorotan permasalahan di tingkat kabupaten, karena *stunting* merupakan

status gizi kronis di masa lalu, yang perubahannya tidak mudah diukur dalam waktu relatif cepat. Untuk balita gemuk belum menjadi sorotan permasalahan gizi karena proporsi di tingkat kabupaten masih sangat kecil. Meskipun demikian, dalam setahun pada program penguatan Posyandu yang dahulu disebut bulan penimbangan, pengukuran tinggi badan dan berat badan dilakukan di Posyandu sebanyak empat kali.

Gambar 4.7 Siklus Nutrisi dalam Daur Kehidupan

Sumber: 4th *Report on The World Nutrition Situation*, 2000

4.3 Analisis Penyebab Permasalahan Gizi Balita

Berangkat dari sebuah analisis terdapat multi faktor yang berpengaruh terhadap pertumbuhan anak. Faktor lingkungan keluarga merupakan faktor yang berpengaruh langsung terhadap status gizi balita. Dalam teori selain kemiskinan yang terkait dengan kemampuan keluarga untuk menyediakan makanan sumber gizi, faktor lain adalah infeksi dan pola asuh (Engle,1996).

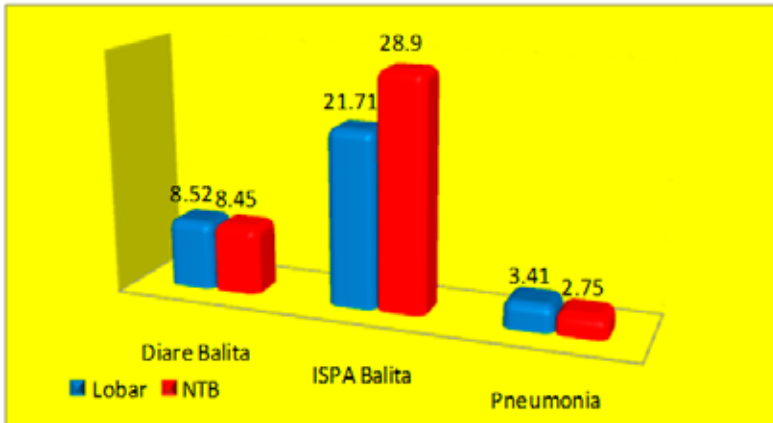
Penyakit Infeksi dan Pola Asuh yang Salah

Menurut koordinator program Gizi Puskesmas Gunungsari, ibu Ni menyatakan bahwa permasalahan gizi yang ada saat ini bukan karena kekurangan pangan. Hal ini terlihat dari kasus gizi buruk yang terjadi sering sekali disertai dengan penyakit penyerta, kelainan bawaan dan infeksi.

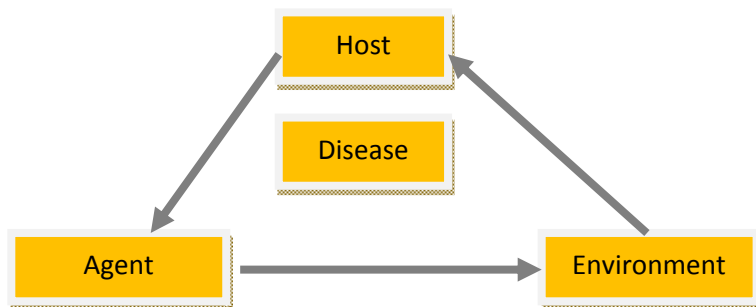
> "Masalah gizi buruk kemarin masih ada gizi buruk dari Kekait dari Sesele juga ada, tapi itu karena hipotiroid, ada yang hydrochepalus, ada kelainan pencernaan, tidak bisa menyerap makanan kemudian meninggal, jadi ada kelainan yang menyertai. Kalau masalah pangan kayaknya ga ada yang betul-betul karena kekurangan makan lalu mereka gizi buruk belum kita temukan, selalu disertai dengan penyakit, kemarin dari Kekait dua kali dia masuk sini ternyata neneknya dan kakeknya dan lingkungannya meninggal karena TB, jadi di sekitarnya banyak infeksi dan dia kita curigai juga disertai dengan TB. Permasalahan Gizi juga tidak terlalu mencolok. BGM orangnya itu-itu saja, selidiki lebih lanjut ada kelainan tumbuh kembang, infeksi, pola makan, pola asuh yang diasuh neneknya…"
>
> (Ibu Ni, Koordinator program Gizi Puskesmas Gunungsari)

Terkait infeksi dan pola makan, hal ini juga diungkapkan oleh Ibu Ny selaku staf pemegang program gizi di Puskesmas Meninting. Banyaknya kasus cacingan, ISPA, pneumonia, diare dan Tuberkulosis (Tb) merupakan penyebab menurunnya status gizi balita. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, proporsi penyakit infeksi pada balita di Kabupaten Lombok Barat dapat dilihat seperti pada gambar 4.8.

Infeksi dapat menyebabkan anak tidak merasa lapar ataupun kehilangan selera makan. Protein dan kalori yang seharusnya dipakai untuk pertumbuhan menjadi berkurang karena penyakit. Diare dan muntah dapat menghalangi

penyerapan makanan. Penyakit-penyakit yang umum dan dapat memperburuk keadaan gizi adalah diare, infeksi saluran pernafasan atas, tuberkulosis, campak, batuk rejan, malaria kronis dan cacingan (Marimbi, 2010).

Gambar 4.8 Proporsi Penyakit Infeksi Diare Balita, ISPA balita dan Pneumonia di Kabupaten Lombok Barat, Riskesdas 2013

Sumber: Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, 2013

Terlepas dari siapa yang terlebih dahulu ada, apakah infeksi menyebabkan gizi kurang atau gizi kurang yang menyebabkan infeksi, pada kenyataannya telah diketahui terdapat suatu sinergi antara malnutrisi dan infeksi. Keduanya sering terjadi bersamaan, antara satu dan yang lain saling mempengaruhi. Keadaan gizi yang buruk akan mempermudah seseorang untuk terkena penyakit infeksi begitu pula sebaliknya penyakit infeksi akan memperburuk keadaan status gizi seseorang. Proses inter-relasi dalam suatu sistem biologik yang bersifat sangat kompleks sehingga kemungkinan besar akan memproduksi penyakit. Konsep ini dapat digambarkan secara epidemiologi sebagai variabel *triad* penyebab malnutrisi.

Gambar 4.9 Interaksi Tiga Variabel Epidemik yang Merupakan Tiga Faktor Penyebab Terjadinya Malnutrisi (*Triad*)

Sumber: William S.R., 1989. *Nutrition and Diet Therapy*

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan. Faktor ini disebut juga *milieu* yang berarti tempat anak tersebut hidup, dan berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak. Lingkungan yang baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan sedangkan yang kurang baik akan menghambat potensi tersebut. Infeksi merupakan salah satu faktor yang tidak lepas dari peran lingkungan, sanitasi yang buruk seperti air minum tidak bersih, tidak ada saluran penampungan air limbah, tidak menggunakan kloset yang baik, dan kepadatan penduduk yang tinggi dapat menyebabkan penyebaran kuman penyakit (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI, 2007).

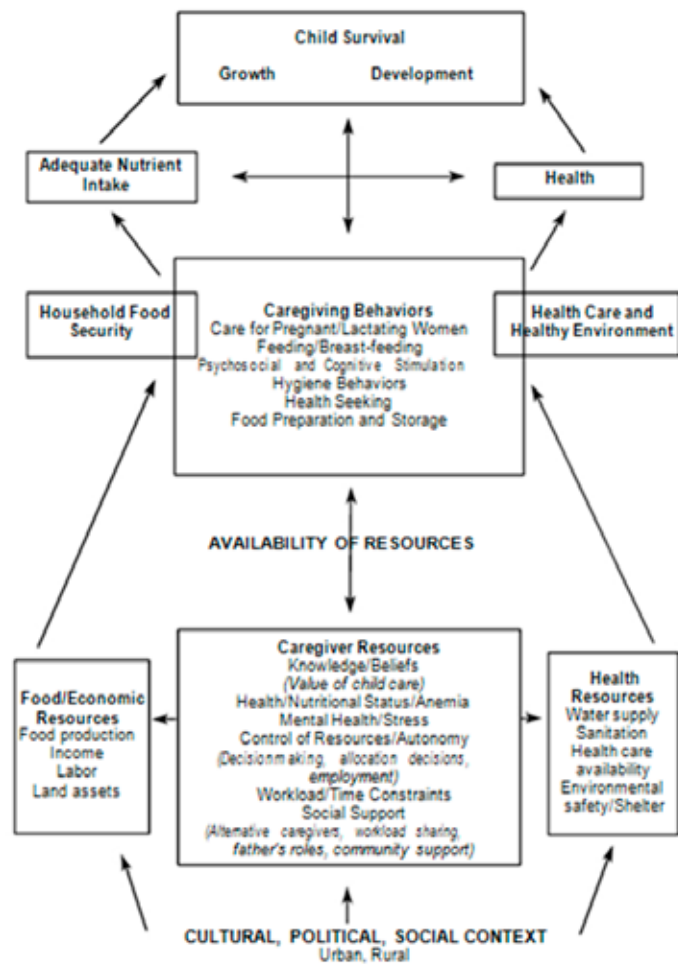
Kemungkinan penyebab adanya penyakit infeksi seperti ISPA, juga diungkapkan oleh Bapak Ak, Kepala Puskesmas Gunungsari "Kalau ISPA kalau kita melihat ya penataan lingkungan, penataan lingkungan yang kurang sehat, termasuk kepadatan pemukiman." Lebih lanjut ditambahkan bahwa adanya penyakit infeksi akibat dampak lingkungan dan pola hidup

bersih. Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan gizi juga tak lepas dari peran lingkungan fisik yang sehat dan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan, di mana status kesehatan tersebut berpengaruh langsung terhadap status gizi anak balita.

Dalam konsep *Extended Care and Nutrition* Unicef tahun 1990 bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi langsung oleh kecukupan asupan gizi, dan kondisi kesehatan anak dan pola asuh ibu dan anak (lihat gambar 4.10). Pola asuh untuk ibu dan anak dalam model ini lebih diperinci terkait dengan perilaku pemberian pola asuh yang dipengaruhi dari sumber daya pengasuh itu sendiri. Perilaku pemberian pola asuh yang dimaksud meliputi pola asuh pada ibu hamil, saat menyusui, penyiapan dan penyimpanan makanan, pencarian layanan kesehatan, perilaku hidup bersih, dan stimulasi psikososial dan kognitif. Di balik semua itu tentu saja salah satunya akan dipengaruhi oleh pendidikan dan pengetahuan dari pengasuh.

Permasalahan gizi balita terkait dengan pola asuh diungkapkan lebih lanjut oleh Ibu Ny, pemegang program gizi Puskesmas Meninting Kabupaten Lombok Barat

> “Pola asuhnya seperti apa namanya, ya kadang karena sering diasuh oleh neneknya, misalnya ditinggal ibu bekerja, atau malah ditinggal keluar negeri jadi TKI eh TKW ya namanya, diasuh oleh neneknya, kemudian di situ pola asuhnya, ya namanya orang tua ya apa pengetahuan gizinya berkurang, ada yang ditinggal bercerai.“

Ibu Ny menilai bahwa pola asuh anak yang diserahkan kepada neneknya, sementara nenek tidak memiliki pengetahuan gizi yang cukup turut berkontribusi terhadap status gizi anak.

Gambar 4.10 *Extended Care and Nutrition*

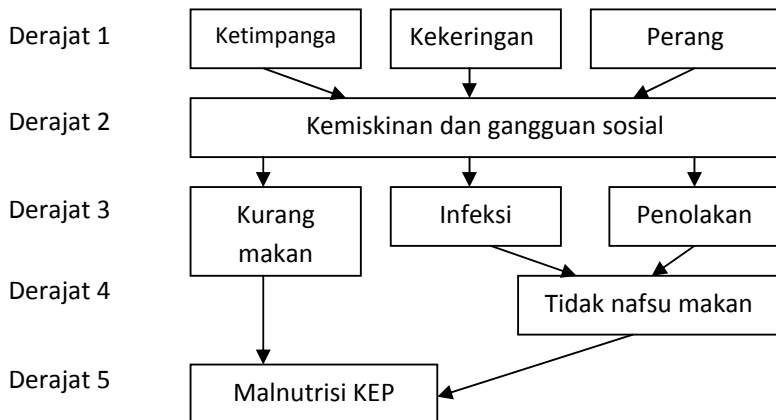
Sumber: Engle L Patrice, 1996. *Care and Nutrition Concepts and Measurement*

> “Ada dia ya kontribusinya ya, ya biasanya pola asuh yang salah biasanya BGM karena pola makannya dari mulai MP ASI sudah mulai salah, terlalu banyak *snack* yang diberikan, sudah pengenalan *snack* dari awal, jadi dia lebih senang makan *snack* jadi kenyang duluan, jadi nenek atau ibunya memberikan itu dulu, anak sulit dikasih makan karena pagi sudah ada masuk *snack*, karena gurih dan mengenyangkan. Kebetulan anaknya nangis, supaya anaknya diam kan diberikan jajanan.”

Kesalahan pada saat awal memberikan MP ASI berupa bubur *instant*, menurut penuturan petugas gizi Puskesmas Gunungsari, hal itu akan mempengaruhi pola makan anak selanjutnya. Ketidaktahuan ibu terhadap pentingnya MPASI untuk mencukupi kebutuhan balita setelah berusia 6 bulan juga memperberat kekurangan gizi pada balita. “Sekarang kios berjejer. *Snack-snack* banyak. Banyak menjamur kios-kios, makanan tidak alami, banyak,” tambahnya lagi. Penuturan yang sama tentang kebiasaan memberikan *snack* pada balita juga diungkapkan oleh Ibu An, petugas Puskesmas Lingsar sewaktu mengantar kami ke dusun Punikan, desa Batu Mekar.

Penyakit kekurangan gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menyangkut multi faktor dari variabel ekologi yakni faktor lingkungan fisik, biologi, sosial ekonomi, politik dan budaya. Seperti halnya dalam konsep *Extended Care and Nutrition* (lihat Gambar 4.10) bahwa dukungan sosial, sumber daya ekonomi, politik sumber daya kesehatan berpengaruh secara tidak langsung terhadap petumbuhan balita. Dalam sumber yang lain hierarki derajat penyebab kejadian malnutrisi kekurangan energi protein (KEP) seperti terlihat pada gambar 4.11.

Permasalahan gizi di Kabupaten Lombok Barat juga tak lepas dari kondisi sosio ekonomi masyarakat. Meskipun tidak sampai jatuh pada kekurangan makan seperti yang disebutkan oleh Ibu Ni, masalah sosio ekonomi turut mempengaruhi baik langsung maupun tidak langsung terhadap permasalahan yang terjadi.

Rendahnya tingkat pendidikan juga diungkapkan oleh Bapak Kh staf Bagian Kesra Bappeda, "Kalau masyarakat kita berbicara pendidikan rata rata dari semua itulah SD, SMP, SMA. Hanya beberapa yang sampai perguruan tinggi." Ditambahkan oleh Bapak Mbzr, Kepala Bagian Kesra Bappeda Lombok Barat, "Rata-rata lama sekolah baru mencapai 6,2 ya ukurannya baru tamat SD aja."

Gambar 4.11 Hierarki Derajat Penyebab Kejadian Malnutrisi KEP

Sumber: Waterlow, 1992

Rendahnya pendidikan ibu/pengasuh, tingkat ekonomi masyarakat mempengaruhi ketersediaan (*availability*),

keterjangkauan (*accessibility*), penyiapan (*preparation*) makanan yang bergizi di tingkat rumah tangga. Keterbatasan penghasilan keluarga turut menentukan mutu makanan yang disajikan. Tidak dapat dipungkiri bahwa penghasilan keluarga akan turut menentukan hidangan yang disajikan untuk keluarga sehari hari, baik kualitas maupun jumlah makanan.

4.4 Pendekatan Program "Hulu Maupun Hilir"

"Pendekatan harus dilakukan baik dari hulu maupun hilir," ungkap dr Aa selaku sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat. "Pendekatan ke hulu bertujuan untuk memutus mata rantai permasalahan gizi yang terus berulang. Wanita hamil yang menderita kekurangan energi kalori (KEK) beresiko melahirkan bayi dengan BBLR dan pendek," tambahnya lagi di sela menemani peneliti berdialog dengan ibu Bupati sebagai ketua PKK tingkat Kabupaten.

Wanita hamil merupakan kelompok yang rawan terhadap masalah kesehatan. Gizi pada masa hamil berpengaruh terhadap pertumbuhan janin. Pada masa hamil terjadi perubahan fisiologis yang berdampak pada diet ibu dan meningkatnya kebutuhan nutrien. Kecukupan gizi baik makro maupun mikro pada saat hamil diperlukan untuk dirinya sendiri dan pertumbuhan pesat janin yang dikandungnya. Di negara berkembang, lahirnya bayi dengan berat lahir rendah dapat diprediksi dari kondisi pada saat kehamilan ibu. Indikator pada ibu hamil yang dapat digunakan yakni kenaikan berat badan yang rendah, indeks massa tubuh (IMT) yang rendah, tinggi badan ibu yang pendek, dan defisiensi nutrien mikro (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI, 2007).

Suatu langkah yang tepat telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Lombok Barat dalam rangka memutus mata rantai permasalahan gizi yang terus berulang. Adanya penjaringan anemia pada anak sekolah SMP dan SMA dan perhatian kepada kelompok ibu hamil merupakan upaya program yang perlu dijaga keberlangsungannya. Status gizi ibu hamil umumnya juga ditentukan jauh sebelum ibu tersebut hamil, oleh karena itulah penjaringan anemia pada anak usia sekolah SMP/SMA dinilai tepat untuk mengetahui dan selanjutnya menyiapkan wanita usia subur yang lebih berkualitas sebelum memasuki masa kehamilan. Meskipun hasilnya tidak *instant* langsung dirasakan, karena penyiapan ini membutuhkan proses yang panjang.

Pada ibu yang telah memasuki masa kehamilan, Dinas Kesehatan Lombok Barat telah memberikan tablet berisi mikronutrient terhadap ibu hamil yang KEK semenjak tahun 2012. Ke depan pemberian mikronutrient ini akan diberikan kepada seluruh ibu hamil di Kabupaten Lombok Barat. "Tidak mahal, setelah dilakukan perhitungan untuk mencukupi kebutuhan itu hanya diperlukan anggaran sebesar 155 juta untuk mencakup seluruh wilayah kabupaten," jelas dokter Aa. Upaya lain yang diupayakan oleh Dinas Kesehatan adalah bekerja sama dengan perguruan tinggi untuk mengadakan pendampingan terhadap ibu hamil sampai dengan pasca persalinan.

Seiring dengan pentingnya pendekatan daur kehidupan (*Life Cycle Approach*), adanya pendekatan program yang komprehensif baik dari hulu maupun hilir menunjukkan komitmen kuat dari program untuk mengatasi permasalahan gizi. Di tingkat hilir tingginya malnutrisi pada balita juga memerlukan penanganan dengan segera. Untuk balita penderita gizi buruk, saat ini

Kabupaten Lombok Barat telah memiliki lima klinik pemulihan gizi yang ada di lima wilayah Puskesmas di wilayah Kabupaten Lombok Barat untuk penanganan gizi buruk yang dinamakan TFC (*Theraupetic Feeding Centre*). Pusat penanganan masalah gizi balita ini dibiayai dari APBD.

Balita yang menderita gizi buruk dirawat sampai waktu tertentu di klinik TFC. Apabila balita datang dengan penyakit penyerta seperti infeksi, akan diobati terlebih dahulu penyakitnya. Setelah itu akan diberikan terapi gizi sesuai panduan penatalaksanaan. Formula yang diberikan pada balita gizi buruk berupa Modisco dan F75 yang merupakan kombinasi dari susu skim, gula dan minyak nabati. Jika penyakit penyerta berat maka pasien akan dirujuk di rumah sakit dan orang tua yang menunggu diberikan uang tunggu.

Gambar 4.12 Gedung TFC Puskesmas Gunung Sari untuk Penanganan Gizi Buruk

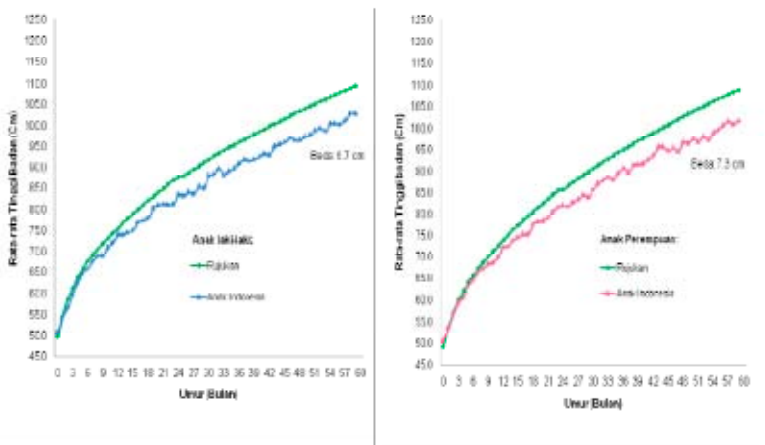
Sumber: Dokumentasi Peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Upaya perbaikan gizi juga dilakukan. Pada balita yang terdeteksi memiliki berat badan di bawah garis merah (balita BGM) diberikan PMT tujuannya adalah agar balita tersebut tidak jatuh dalam kondisi yang lebih buruk. Melalui kerja sama Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat bersama PNPM GSC balita balita BGM diberikan paket PMT berupa susu, biskuit, bubur untuk membantu mengatasi penurunan berat badannya.

4.5 Inovasi Program Gizi di Kabupaten Lombok Barat

Ada beberapa inovasi menarik yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat dalam upaya meningkatkan status gizi balita di wilayahnya. Peneliti mencatat setidaknya ada empat inovasi yang dicanangkan yang terbukti berjalan di Kabupaten Lombok Barat, yaitu Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), Kelas Ibu dan Pos Gizi, Kampanye Dilarang Makan Snack Sebelum Sarapan, dan Desa Peduli Kesehatan.

4.5.1 Pemberian Makanan Bayi dan Anak

Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak **(**PMBA) merupakan program Dinas Kesehatan tahun 2015 di mana akan diadakan pelatihan sampai ke tingkat kader secara bertahap yang bertujuan untuk peningkatan kemampuan ibu dalam memberikan makanan bayi dan anak dengan lebih baik.

Gambar 4.13 Rata Rata Tinggi Badan Anak Balita Indonesia Laki-Laki dan Perempuan, Riskesdas 2007 dibandingkan dengan Rujukan WHO 2005

Sumber: Atmarita, 2012

Dari gambar 4.13 dapat dilihat bahwa kecukupan gizi anak pada usia enam bulan penting untuk diperhatikan, mengingat pada usia ini banyak terjadi *gap* status gizi balita di Indonesia dibandingkan dengan rujukan. Kebanyakan ibu ibu kurang mengetahui pentingnya makanan pendamping ASI setelah bayi berusia 6 bulan, karena sudah merasa cukup dengan hanya diberikan ASI selama 6 bulan. Padahal memasuki usia enam bulan ke atas, ASI sebagai sumber nutrisi sudah tidak mencukupi lagi kebutuhan gizi yang terus berkembang. Inovasi ini juga dilandasi oleh analisis petugas gizi Kabupaten Lombok Barat baik dari tingkat Kabupaten maupun di tingkat Puskesmas terkait kurangnya pengetahuan ibu dalam pengenalan MP ASI. Program ini merupakan program kerja sama antara pemerintah daerah Kabupaten Lombok Barat dengan *Mercy Corp International* (MCI).

Diharapkan pada tahun 2016 sudah tidak ada bayi yang lahir *stunting.*

Proporsi pemberian ASI eksklusif adalah sebesar 88,89% berdasarkan profil Kesehatan tahun 2013. Sebuah peningkatan capaian program dari yang semula 58,2% pada tahun 2012. Peningkatan cakupan ASI eksklusif merupakan prestasi dari program dalam jangka waktu setahun. Artinya meski tingkat pendidikan rendah namun perubahan perilaku kesehatan melalui peningkatan pengetahuan bukanlah hal yang tidak mungkin. Seperti diungkapkan oleh ibu Ni, “kita harus cerewet memang” untuk memberikan penyuluhan dalam rangka meningkatkan pengetahuan ibu.

Gangguan gizi terutama pada anak Balita antara lain disebabkan oleh ketidaktahuan akan hubungan makanan dan kesehatan. Ketidaktahuan akan manfaat makanan bagi kesehatan tubuh dapat menyebabkan buruknya mutu gizi makanan ke-luarga. Lebih khusus pengetahuan dan keterampilan ibu juga diperlukan dalam memberikan MP ASI, karena pemberian MP ASI secara bertahap dan bervariasi, tidak harus mahal dan dalam suasana yang tidak membosankan juga turut mempengaruhi pemenuhan asupan gizi pada anak Balita, hal ini karena variasi dalam pemberian makan turut mempengaruhi selera makan anak.

4.5.2 Kelas Ibu dan Pos Gizi

Program peningkatan kapasitas ibu ini akan diwujudkan dengan program kelas ibu yang terintegrasi dengan kelas gizi. Kelas ibu yang komprehensif ini melibatkan petugas gizi, bidan dan kesehatan lingkungan akan dilaksanakan pada tahun mendatang. Saat ini sudah dilaksanakan program kelas ibu

untuk seluruh ibu hamil dan pos gizi bagi ibu yang memiliki balita BGM. Lebih rinci dijelaskan oleh Ibu Wi, bahwa SKM tentang pelaksanaan kelas ibu di tingkat Puskesmas saat ini sudah berjalan. Pelaksanaan kelas ibu ini sebanyak empat kali pertemuan, materi gizi mendapatkan porsi satu hari dalam kelas ibu tersebut. Materi khusus gizi lebih intensif diberikan kepada ibu-ibu dengan balita BGM dalam pos gizi. Pelaksanaan pos gizi selama 6 hari, sebelumnya dilakukan penimbangan berat badan anak, pre test, post test lalu diberikan materi gizi secara lebih intensif dan setiap kali pertemuan ditutup dengan "*berayan*", istilah untuk makan secara bersama sama. Pesertanya 10-11 balita, pelaksanaan di rumah kader atau rumah kepala dusun. Setelah 6 hari anak kembali ditimbang dan dilihat kenaikan berat badannya.

Gambar 4.14 *Beruga*

Sumber: Dokumentasi peneliti IPKM Kulalitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Secara informal peningkatan kapasitas ibu ini dapat dilakukan oleh kader ketika berkumpul bersama masyarakat. Transfer ilmu secara informal tentang pentingnya ASI Ekslusif, pemberian makanan pendamping ASI bagi anak dapat juga dilakukan oleh ibu kader kepada masyarakat dalam suasana lebih santai dan informal. *Beruga*, sebuah bangunan terbuat dari kayu yang biasa dimanfaatkan masyarakat untuk tempat berkumpul merupakan fasilitas menarik di mana sebagian besar masyarakat memilikinya, baik pribadi maupun bersama warga.

Kegiatan pos gizi bertujuan mendorong terjadinya perubahan perilaku dan memberdayakan para ibu balita agar bertanggung jawab terhadap rehabilitasi gizi anak-anak mereka dengan menggunakan pengetahuan dan sumber daya lokal. Setelah diberikan makanan tambahan berkalori tinggi selama 12 hari, anak-anak akan menjadi lebih bertenaga dan nafsu makan merekapun bertambah.

4.5.3 Kampanye Dilarang Makan *Snack* Sebelum Sarapan

Program lain yang terkait adalah kampanye dilarang memberikan jajanan sebelum makan pagi. Anak yang diberikan jajanan terlebih dahulu akan cenderung susah untuk memakan makanan yang seharusnya. Demikian diungkapkan oleh Ab selaku kepala bidang pembinaan kesehatan masyarakat Dinkes Kabupaten Lombok Barat pada saat mendampingi kami menghadap kepala Dinas Provinsi Lombok Barat.

Makanan selingan dapat tetap diberikan dengan syarat makanan tersebut tidak membuat anak menjadi kenyang agar tetap mau makan nasi. Pemberian makanan jajanan sebagai makanan selingan, sebaiknya didampingi oleh orang tuanya sehingga anak dapat memilih makanan yang baik dari segi

kandungan gizi maupun kebersihannya. Hasil laporan dari survei ketahanan pangan bahwa secara umum di Lombok Barat terjadi kurang energi kalori, sementara kecukupan protein sudah mencukupi. Artinya sebenarnya dalam kondisi saat ini, masyarakat mampu memberikan asupan yang cukup pada anaknya, asalkan faktor seperti infeksi, kehilangan nafsu makan karena jajanan maupun MP ASI yang salah sudah diatasi.

4.5.4 Desa Peduli Kesehatan

Upaya komprehensif di tingkat desa pun dilakukan dengan dicanangkannya desa peduli kesehatan. Seperti halnya konsep desa siaga, pemerintah akan memberikan reward sebesar 10 juta bagi desa yang peduli terhadap kesehatan.

4.6 Tantangan yang Dialami

Pelaksanaan program untuk meningkatkan status gizi pada anak sudah dilakukan, namun hal itu tidak lepas dari kendala yang dialami di lapangan. Peneliti mencatat setidaknya ada dua tantangan yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat.

4.6.1 Tantangan pada Capaian Target Program

Indikator capaian program yang belum tercapai adalah proporsi N/D. Saat ini porporsi N/D yang bisa tercapai adalah 65% sedangkan targetnya adalah 85%. Menurut penuturan ibu Wi, koordinator pemegang program gizi Puskesmas Gunungsari bahwa selain target tersebut dirasakan masih tinggi yakni 85%, juga proporsi N/D ini terkait dengan permasalahan yang lain seperti penyakit, imunisasi.

4.6.2 Tantangan pada Masyarakat

Tidak Fokus dalam Penyuluhan

Tantangan ini sempat dilontarkan oleh Ibu Wi selaku pemegang program gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat. Ibu Wi menuturkan bahwa ada tantangan saat kegiatan promotif dilaksanakan;

> "Permasalahan yang terjadi pada saat upaya promotif ini dilakukan adalah kurang fokusnya ibu-ibu terhadap materi pertemuan, selain karena latar belakang pendidikan yang rendah juga karena saat penyuluhan ibu ibu membawa anak. Hanya 15 menit mereka bisa berkonsentrasi."

Sebagian Sulit Datang Ke Posyandu

Cakupan penimbangan Kabupaten Lombok Barat sudah mencapai target, walaupun tak lepas dari peran aktif kader untuk melakukan *sweeping* sebelum maupun sesudah penimbangan. Menurut penuturan Ibu Pu tidak selalu akses yang menjadi hambatan, apalagi pelaksanaan Posyandu ada di tiap dusun "Sulit wilayahnya, orangnya mudah untuk diarahkan. Dasan Bare daerah mudah, berbatasan dengan kota, orangnya sulit, karena mereka merasa lebih tahu dari petugas, tidak mau mendengar petugas." Dusun Dasan Bare merupakan salah satu dusun yang menurut pandangan petugas, termasuk wilayah yang sulit untu mencapai target penimbangan. Hasil wawancara dengan kepala dusun setempat tentang konsep sehat pada masyarakat, bahwa kebutuhan mendatangi pelayanan kesehatan adalah pada saat mereka sakit. Untuk pelaksanaan Posyandu, biasanya anak-anak yang sudah selesai melakukan imunisasi tidak merasa perlu untuk melakukan penimbangan selagi anak tersebut sehat. Sulitnya

datang ke Posyandu juga dipengaruhi oleh keaktifan kader, dan kader yang sering berganti-ganti.

Antara Menolak dan Manja dalam Menerima Pemberian PMT

Pemberian PMT untuk balita BGM ternyata tidak semua diterima dengan baik oleh masyarakat. Ibu Er (43 tahun) Kader Dusun Medas yang juga merupakan kader pendamping Desa Sandik mengungkapkan terkadang ibu-ibu yang diberikan PMT justru marah ketika diberi undangan sebagai balita BGM. Sebaliknya, ada yang justru manja dengan pemberian PMT BGM ini dan merasa bangga jika anaknya diberi PMT.

> "Dia marah kalau anaknya diberi undangan, emang anak saya kenapa, tuh lihat isi kulkas saya, lalu saya menjawab ini tidak ada hubungannya dengan isi kulkas, bukan kami sok kaya, tapi ini program, kalau *side*[1] merasa mampu, kenapa anak *side* sampai BGM…"
>
> (Ibu Er, 43 tahun)

Gambaran permasalahan gizi balita dan upaya yang dilakukan telah didapatkan di tingkat Kabupaten. Sebuah pendekatan studi berdasarkan karakteristik wilayah dilakukan dengan pertimbangan bahwa sebuah wilayah dengan tipe tertentu memiliki ciri spesifik, sehingga akan memberikan gambaran faktor resiko yang lebih spesifik pula. Wilayah pantai, dataran maupun pegunungan memiliki pola kehidupan yang berbeda. Peneliti mencoba manganalisis lebih lanjut gambaran permasalahan gizi pada tiga wilayah tersebut.

---

1 *Side*: Kamu dalam bahasa Sasak

4.7 Studi Kasus Status Gizi Balita di Wilayah Pegunungan

Duduk Atas merupakan salah satu nama dusun yang dinilai mewakili karakteristik pegunungan di Kabupaten Lombok Barat. Terletak dalam wilayah kerja Puskesmas Meninting kecamatan Batu Layar, akses ke Dusun Duduk Atas terbilang sulit. Meski jarak tidak terlalu jauh dan hanya diperlukan waktu kurang lebih 30 menit dengan menggunakan kendaraan bermotor dari Puskesmas, kesulitan yang dirasakan karena kemiringan jalan bisa mencapai antara 20 hingga 50 derajat Sepanjang perjalanan, kita akan melewati berbagai variasi kontruk jalan yang naik turun, sempit dan diapit oleh lereng yang curam. Kondisi ini mengharuskan setiap orang yang akan melewatinya harus ekstra hati-hati.

Kondisi jalan setapak yang tersedia hanya bisa dilalui oleh pejalan kaki dan kendaraan roda dua. Diperlukan keterampilan dan keberanian yang dimiliki seseorang, kondisi kendaraan roda dua juga turut mendukung. Tidak semua kendaraan roda dua cocok digunakan untuk melintasi jalan tersebut menuju Dusun Duduk Atas. Hanya kendaraan roda dua yang layak dengan tipe tertentu dapat digunakan sebagai sarana transportasi dan pengangkutan. Tidak terbayangkan apabila perjalanan dilakukan selepas hujan.

Meskipun disebut dengan wilayah pegunungan, pada musim kemarau wilayah ini sering mengalami kekeringan. “Kering di sini, sekarang saja kelihatan hijau karena musim hujan,“ kata Is, bocah laki laki berusia kira kira 15 tahun

yang menjadi pemandu jalan kami. “Laki-laki di sini kalau sudah menikah banyak yang kerja di luar negeri, Malaysia dan Saudi, perekonomian di sini sulit,“ tambahnya. Sebagian besar masyarakat adalah petani kebun. Dalam dusun tersebut banyak didapati pohon durian, pohon rambutan, pohon Enau (Aren). Aren merupakan salah satu pohon yang dimanfaatkan warga setempat untuk membuat gula merah sebagai mata pencaharian. Selain menjual buah-buahan lain seperti durian, mangga, pisang.

Sekilas Dusun Duduk Atas tampak sebagai dusun yang sepi, di samping disebabkan kondisi geografi yang secara administrasi sangat luas, tata letak rumah yang tersebar juga disebabkan banyaknya warga setempat yang bekerja di luar daerah seperti di proyek atau menjadi TKI (tenaga kerja di luar negeri). Peluang bekerja di luar negeri juga menjadi magnet yang kuat bagi penduduk di Dusun Duduk Atas untuk mengadu nasib agar bisa memperbaiki kehidupan sehari-hari.

Bagaimana dengan kerja di luar negeri, apakah mereka pulang banyak membawa uang? “Kalau pulang membawa utang banyak, mereka punya prinsip, sudah capek-capek buat makan sendiri, tak ada yang memikir ditabung untuk orang rumah,” jelas Is. Sulitnya perekonomian di Dusun Duduk Atas juga dijelaskan oleh Pak Kadus sewaktu mengantar kami turun, “Susah mencari pekerjaan di sini, laki-laki banyak yang pergi ke luar negeri, Malaysia banyak, Saudi juga banyak.“

Hasil pengukuran status gizi di Posyandu Duduk Atas yang pada bulan Mei tahun 2014 didapatkan hasil bahwa 52 balita ditimbang dengan usia minimal 3,65 bulan dan tertinggi 56,55 bulan.

Gambar 4.15 Potret Akses dan Pemukiman Dusun Duduk Atas

Sumber: Dokumentasi Peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Proporsi status gizi balita pada Posyandu Duduk Atas pada bulan penimbangan Mei 2014 adalah sebanyak 0% balita *wasting,* 21,5% *stunting* dan 25,5% *underweight.* Studi kasus yang dilakukan di wilayah pegunungan diharapkan akan memberikan gambaran kehidupan masyarakat di wilayah pegunungan yang berpengaruh terhadap status gizi anak. Berikut adalah beberapa studi kasus balita tersebut.

1. Balita Jul

   Terlahir 23 bulan dari pasangan bercerai dengan nama panggilan Jul. Sejak lahir masih dalam kondisi berlumuran darah menurut penuturan *Papuk*[2] Sa (<45 tahun), "Baru lahir… iiih darah semua masih…". Jul sejak lahir sudah diserahkan pengasuhan pada neneknya, ibunya pergi ketika usia Jul masih usia satu hari dan tidak pernah kembali, sedangkan ayahnya MH tamatan SMP (25 tahun) saat ini

2 *Papuk*: Nenek (bahasa Sasak).

sudah hampir 7 bulan lamanya bekerja di Malaysia sebagai tenaga kerja Indonesia (TKI).

Pendidikan Sa hanya sampai kelas 4 SD, bisa dibayangkan pola asuh dan makan yang diberikan terhadap Jul. Melahirkan 6 orang anak dan hanya 3 orang yang bertahan hidup, 2 perempuan dan 1 laki-laki yaitu ayah Jul. Di usia tersebut Jul belum bisa berjalan dan hanya bisa mengucapkan beberapa kata seperti "*Inaq*[3]".

Pertanyaan selanjutnya, "Bagaimana pemberian ASI eksklusif…?" tentu tidak pernah dialami oleh Jul. Menurut Sa, Jul diberi susu formula sebagai pengganti ASI, selain diberi bubur dan nasi, meskipun Sa lupa kapan Jul mulai diberi makanan tambahan. "Ada lima belas bulan itu dikasih susu, iiih… lupa saya kapan diberi nasi… kadang-kadang 10 bulan, sekarang apa-apa mau… Ale-ale[4] mau, makan nasi, makan sendiri… nasi saja kadang dikasih garam, atau nasi saja…"

Papuk Jul lupa kapan Jul diberi makanan tambahan pertama kali, jenis makanan tambahan yang diberikan *papuk*nya terkadang hanya nasi diberi air hangat dan garam saja. Saat ini Jul bisa makan 3-4 kali sehari, kudapan sesekali makan kerupuk, demikian penuturan Sa. Posyandu di Dusun Duduk Atas hadir tiap bulan, dihadiri Bu Bidan Pipin yang menganjurkan menu makan sehat untuk Julia, "…kasih telur… kasih pindang," namun kondisi ekonomi dan jauhnya akses ke pasar terdekat di Ampenan, lebih kurang 30 menit menggunakan sepeda motor, merupakan masalah tersendiri.

---

3 *Inaq*: Ibu (bahasa Sasak).
4 Merek minuman teh instant

Gambar 4.16 Balita Jul. Salah Satu Potret Balita *Stunting* dengan Permasalahan Keluarga yang Pelik

Sumber: Dokumentasi Peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Untuk batita usia 23 bulan dengan tinggi badan hanya 66 cm secara fisik Jul termasuk *stunting* atau pendek. Gigi Julia berjumlah 8, belum bisa berjalan, dan sesekali Julia hanya bisa mengucapkan beberapa kata. Keseharian Jul tinggal bersama *Papuk* Sa dan tantenya yang masih sekolah di kelas 2 SD. Pemenuhan ekonomi sehari-hari sangat bergantung dari *transferan* Kakek yang sedang menjadi TKI di Saudi dan ayahnya meskipun hanya sedikit menurut Sa. Selain dari *transferan,* Sa juga sesekali pergi ke sawah mencari daun pisang untuk dijual untuk menambah penghasilan demi

pemenuhan kebutuhan hidup. Saat Sa pergi ke kebun, Jul dititipkan tetangganya.

2. Balita MH

Batita laki-laki MH anak dari Hus dan Is berusia 14 bulan. Pekerjaan Is ayah MH sebagai penyadap enau dan Ibu serabutan kerja apa saja yang bisa menghasilkan tambahan keuangan seperti pergi ke sawah dan kebun mencari hasil bumi yang bisa dijual. MH anak kedua, kakaknya sudah duduk di kelas 2 SD. Imunisasi terakhir campak. MH sampai saat ini masih minum ASI, makanan yang diberikan saat ini berupa nasi atau bubur tanpa lauk. Makanan lain biasanya mie instant dan telur. MH tinggal bersama orang tua (ayah dan ibu), kakak dan pamannya. Kelemahan MH datang tidak membawa buku KIA sebagai rekaman pengukuran status gizinya, data penimbangan MH juga tidak ada dalam rekap catatan balita yang dilakukan penimbangan pada bulan Mei 2014 yang diberikan Puskesmas sehingga peneliti tidak mengetahui status gizi MH. Namun, meski tidak mengetahui status gizi MH dalam wawancara ini peneliti menemukan pola pemberian makanan pendamping ASI yang tidak berbeda dengan Jul.

3. Balita Nov

Bocah perempuan berusia 4 tahun jalan itu terlahir dari ibu Mue berusia 30 tahun dan ayahnya 32 tahun. Mue sehari hari adalah seorang ibu rumah tangga dengan 3 anak. Namun yang tinggal dalam satu rumah hanya tiga orang, Mue, anak pertamanya dan Nov. Ayah Nov bekerja sebagai TKI di Saudi.

Nov tercatat di rekap data penimbangan pada Mei 2014 sebagai balita bergizi baik. Terlahir dengan berat 3000 gram. Novia diberi ASI oleh ibunya, makanan tambahan yang diberikan ibunya selepas enam bulan adalah nasi saja yang dihaluskan, terkadang pisang. Saat ini Nov makan 2-3 kali sehari. Sering mengkonsumsi mie telur, bahkan seminggu bisa sampai 4 kali. Tidak ada pantangan makan khusus pada ibu Nov sewaktu hamil. Selama dua bulan setelah melahirkan, ibu Nov hanya makan daun singkong yang diolah dengan berbagai cara masak. ”Berbahaya di bekas melahirkan,“ katanya menjelaskan alasan dilakukannya hal tersebut.

4. Balita Fir

Di rekap data penimbangan pada mei 2014 Fir tercatat sebagai balita pendek dan berat badan kurang. Terlahir dari pasangan Fit dan Fad, dengan berat lahir 3000 gram dan panjang lahir 50 cm. Ibunya berusia 23 tahun dan berpendidikan SMP sedangkan ayahnya buruh di proyek dengan pendidikan SD. Fir dilahirkan di Puskesmas Meninting.

Tinggal di sebuah rumah berukuran 4 meter x 4 meter, dengan bale-bale sebagai teras rumah yang menyatu dengan rumah induk (Lihat gambar 4.17). Fir diberi ASI oleh ibunya. Makanan tambahan yang diberikan selepas ASI berupa nasi putih dan air hangat. Menurut pengakuan ibunya, Fir sering sakit. Apabila sakit, Fir tidak mau makan. Tidak ada pantangan makan pada ibu Fir sewaktu hamil maupun melahirkan. Menu makan keluarga sehari hari nasi, sayuran ubi, tahu, tempe dan mie instan.

Gambar 4.17. Rumah Tinggal Balita Fir di Dusun Duduk Atas

Sumber: Dokumentasi peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Hasil studi kasus yang dilaksanakan di wilayah pegunungan Dusun Duduk Atas, bahwa masyarakat di Dusun Duduk Atas tinggal pada lingkungan dengan perekonomian yang sulit. Meskipun banyak terdapat pohon buah-buahan seperti durian, rambutan, mangga. Buah buahan tersebut hanya bisa dipanen di waktu-waktu tertentu. Pada musim kemarau tanamannya kering, pengakuan warga Duduk Atas. Pohon Enau dimanfaatkan sebagai mata pencaharian masyarakat untuk dibuat gula merah.

Setelah 6 bulan pemberian ASI, semua informan menyebutkan bahwa bayi diberi makanan tambahan berupa nasi dicampur air hangat dan garam, tidak banyak variasi makanan di dusun ini. Selain karena akses menuju pasar sulit, daya beli masyarakat juga rendah karena kondisi perekonomian. Beberapa informan menyebutkan menu makan keluarga termasuk balitanya adalah mie instan dan telur.

Tabel 4.2 Matriks Faktor-faktor yang Berpotensi Menjadi Penyebab Permasalahan Gizi Balita di Dusun Duduk Atas sebagai Wilayah Pengunungan

Faktor-Faktor yang Berpotensi Menjadi Penyebab	Informan
Permasalahan dalam Keluarga Orang tua bercerai, tinggal bersama nenek, nenek bekerja dititipkan tetangga	Balita Jul
MP ASI yang tidak kuat Nasi dicampur air hangat dan garam	Balita Jul, Balita Firm dan Balita Nov
Sering sakit	Balita Fir
Sosial ekonomi	Balita Jul, Balita Nov, Balita MH, Balita Fir, Observasi peneliti
Kebiasaan makan keluarga mie *instant* dan telur, terbatasnya akses	Balita Jul, Balita Nov, Balita MH, Balita Fir, Observasi peneliti

Sumber: Data Primer Penelitian Kualitatif IPKM Kabupaten Lombok Barat, 2015

4.8 Studi Kasus Status Gizi Balita di Wilayah Pesisir

Dusun Melase adalah dusun yang dipilih oleh pemegang program sewaktu peneliti meminta satu Posyandu yang mewakili wilayah pantai. Sebagian besar warga Dusun Melase tinggal di perkampungan di seberang jalan tak jauh dari pantai. Hanya dua rumah tangga yang tinggal tepat di bibir pantai. Informasi yang didapatkan sebanyak 75% warga Dusun Melase berprofesi sebagai nelayan. Sisanya bekerja sebagai karyawan hotel, guru, buruh, dan sebagainya.

Hasil penimbangan yang dilaksanakan pada bulan Mei tahun 2014 menunjukkan bahwa sebanyak 83 balita ditimbang. Sebanyak 15,6% balita dalam kategori pendek dan sangat pendek, dan 15,6% dengan berat badan kurang dan sangat kurang.

Gambar 4.18 Wilayah Pemukiman Dusun Melase yang Langsung Berbatasan dengan Bibir Pantai

Sumber: Dokumentasi Peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombaok Barat, 2015

1. Balita MRR

   MRR seorang balita usia 22 bulan yang tercatat pada rekap penimbangan bulan Mei 2014 sebagai balita dengan nilai tinggi badan menurut umur sangat pendek dengan nilai z score -3,12, dan berat badan sangat kurang dengan nilai z score -3,36. Terlahir dari ibu Sar (25 tahun) dan Suami (28 tahun) dengan berat badan saat lahir 3.000 gram dan panjang badan 48 cm.

MRR merupakan anak kedua setelah anak pertamanya keguguran pada usia 3 bulan dalam kandungan. Menurut penuturan Ibu Sar penyebab keguguranya adalah karena sering melewati jalan yang rusak ketika pulang ke rumahnya terdahulu di pegunungan. Dalam masa pertumbuhannya, tercatat di buku KIA MRR mengalami penurunan berat badan semenjak usia 6 bulan selepas ASI. "Masalahnya… susah makan ini makanya kurus, setelah 6 bulan sampai 7 bulan sering sakit, gemuk dulu ini sampai 7 bulan, sakit flu, batuk, panas, diare," tutur ibunya.

MRR dilahirkan di Puskesmas. Diberi ASI oleh ibunya sampai usia 20 bulan. Pernah diberi susu formula sebelum ASI keluar. Makanan tambahan yang diberikan kepada MRR saat usia 6 bulan adalah bubur tim *instant sachet*. Sesekali dibuatkan sendiri dari bahan beras ditambahkan tahu dan wortel, namun lebih sering diberikan makanan tambahan bubur *instant*.

Menurut penuturan ibunya, MRR susah makan karena sering jajan. Jajanan *snack*, biskuit selalu tersedia dirumah, diberikan Sar agar tidak menangis. Kadang-kadang sehari tidak mau makan nasi sama sekali. Lebih memilih jajan dibandingkan nasi. Motivasi memakan nasi MRR sangat rendah, seandainya mau makan nasi hanya 3-4 suap saja dan itupun jarang. Pagi hari hanya sarapan energen dan pada siang hari ketika sibuk bermain dia lebih memilih jajan dibandingkan makan nasi.

Upaya yang dilakukan ibu ketika anaknya tidak mengalami kenaikan berat badan adalah diberi bubur, terkadang sengaja ibu tidak menyediakan jajanan di rumah

agar anaknya mau makan nasi. Menu makan keluarga yang sering adalah mie instan dan telur. “Sesekali ada sayur… ikan,” tambah Sar yang berpendidikan SMP ini. Suami Sar bekerja di proyek dengan penghasilan Rp300.000,-/ minggu. Sar tinggal tak jauh dari jalan raya Senggigi dan memiliki rumah yang disewakan untuk kos yang baru selesai dibangun.

2. Balita AL

Terlahir dari pasangan Hj Kho (38 tahun) dan Hj Sup (54 tahun). Ayah Al berprofesi sebagai seorang guru SD dan ibunya sebagai ibu rumah tangga. Tinggal di sebuah rumah dengan halaman yang cukup luas, AL merupakan 4 bersaudara. Kakaknya secara berurut sudah bersekolah di jenjang SMA, SMP dan kelas 2 SD.

AL balita berusia 21 bulan tercatat di rekap penimbangan sebagai balita pendek dengan nilai z score -2,7 dan berat badan kurang dengan nilai z score -2.09. Terlahir dengan berat 3.300 gram, AL bukan merupakan bayi dengan riwayat BBLR sebelumnya. Ibunya menceritakan bahwa semenjak lahir sering diare, selain itu juga sering sesak nafas. Bahkan sampai saat ini pun AL masih sering diare. “Eee dulu hampir wajib setiap bulan dia mencret, wajib, sering mencret dari baru lahir. Baru dua minggu ini aja sehat, memang dia sering sesak,“ kata ibu Kho.

AL dilahirkan pada saat ibunya berusia 36 tahun dengan riwayat ASI ekslusif yang diberikan selama 6 bulan dan PMT yang diberikan ibu pada saat AL berumur 6 bulan berupa bubur instan. Sampai saat ini, AL termasuk anak yang susah makan, padahal menurut ibunya apabila AL makan kurang

dari dua kali, maka AL akan mencret, oleh karena itu apabila AL tidak mau makan, ibunya mencoba tetap memberikan asupan meskipun bubur instan bayi. AL masih meminum ASI dan sesekali ditambah susu formula. Berat badan AL apabila dibanding kakaknya cepat naik tapi cepat juga mengalami penurunan. Ibunya tidak membiasakan AL untuk sering jajan.

3. Balita La

Balita berusia 45 bulan ini tinggal di bibir pantai. Ayahnya dahulu nelayan, namun semenjak kapalnya rusak sebulan ini ayah Labaru bekerja sebagai penjaga malam di suatu vila, ibunya seorang ibu rumah tangga berusia 30 tahun. La tinggal di bibir pantai dalam rumah kecil berdinding anyaman bambu bersama ayah ibu dan 2 saudaranya. Tidak jauh dari rumah La, di pinggir sepanjang jalan berdiri bangunan bangunan berupa restoran, hotel, vila karena wilayah ini merupakan daerah wisata.

Tercatat sebagai balita bergizi baik, La terlahir dengan berat 3.000 gram, memiliki lima saudara namun dua saudaranya tinggal bersama neneknya. La jarang sakit diare, maupun ISPA. Menurut penuturan ibunya La hanya sesekali sakit panas dan lebih sering gatal gatal. “Alergi telur, makanya jarang saya kasih, karena jadi seperti ini,” sambil menunjuk bisul berukuran cukup besar di kening bagian kanan La.

Menu makan La sama dengan menu makan anggota keluarga yang lain. Sebagai masyarakat yang tinggal di bibir pantai, La lebih sering mengkonsumsi ikan, apabila musim ikan seperti saat ini, menu makan hampir setiap hari

adalah ikan, dengan sayuran seperti sayur kangkung dan lain sebagainya. Jika tidak ada ikan ibunya ke warung untuk membeli tahu tempe sebagai lauk keluarga. La makan sehari dua kali, pagi jam 09.00 dan sore jam 16.00, siang hari dia lebih sering makan kudapan/jajanan dari warung yang tak jauh dari rumahnya. Air bersih didapatkan dari restoran untuk keperluan sehari hari.

Tinggal dengan rumah yang sangat sederhana, kehidupan ekonomi La tidak berlebih. Hanya pada saat musim ikan bisa mendapat penghasilan besar, bisa mencapai Rp150.000-200.000 per hari, namun pada saat yang sepi, ikan yang didapat hanya dimasak untuk keperluan sehari hari, seandainya dijual hanya mendapat uang pengganti bensin Rp20.000/hari.

Tabel 4.3 Matriks Faktor Faktor yang Berpotensi Menjadi Penyebab Permasalahan Gizi Balita di Dusun Melase Sebagai Wilayah Pesisir

Faktor-Faktor yang Berpotensi Menjadi Penyebab	Informan
Infeksi seperti ISPA dan Diare	Balita MRR, Balita AL
Kebiasaan diberikan jajanan agar balita diam	Balita MRR,
Sulit makan	Balita MRR, Balita AL
Sosial ekonomi	Balita La

Sumber: Data Primer Penelitian Kualitatif IPKM Kabupaten Lombok Barat, 2015

Studi kasus pada balita di wilayah pesisir, didapatkan hasil bahwa kasus kekurangan gizi yang terjadi dimungkinkan karena balita susah makan. Selain itu, diperberat dengan adanya penyakit infeksi seperti ISPA dan diare. Akses bisa dibilang cukup

mudah karena selain jarak yang dekat dengan jalan raya, banyak warung di perkampungan yang menyediakan keperluan sehari-hari, sehingga tidak sulit untuk mendapatkan makanan yang lain. Mata pencaharian masyarakat pun lebih bervariasi apabila dibandingkan dengan masyarakat pegunungan. Pemenuhan kebutuhan protein didapatkan dari konsumsi ikan, telur yang mudah didapatkan.

Permasalahan yang terjadi didominasi oleh faktor kesehatan dari diri anak itu sendiri seperti penyakit dan pola makan yang membuat asupan berkurang untuk memenuhi kebutuhan gizinya. Kebiasaan mengkonsumsi jajanan pada anak berpengaruh terhadap motivasi makannya seperti pada balita MRR. Kurangnya pengetahuan ibu untuk penyediaan makanan bergizi di rumah dan kecenderungan ibu untuk memberikan kudapan pada saat balita menangis, membuat balita ini kurang termotivasi untuk makan yang lebih bergizi.

4.9 Studi Kasus Status Gizi Balita di Wilayah Dataran; Desa Medas dan Limbungan Utara

Dusun Medas, Desa Sandik merupakan dusun yang berbatasan dengan Kecamatan Gunungsari, dipisahkan oleh sebuah sungai, yang terdiri dari tiga RT dan jumlah KK kurang lebih 200-an, dusun Medas merupakan daerah dataran. Mata pencaharian masyarakat lebih beragam, namun sebagian besar adalah buruh. Menurut penuturan Ibu Er 43 tahun, seorang kader Posyandu asal Bondowoso Jawa Timur, menikah dan bersuamikan orang Sasak asli, “Laki laki banyak yang bekerja sebagai tukang dan buruh

bangunan. Ibu-ibu sebagai kuli panggul di pasar." Pada saat subuh, ibu-ibu yang berprofesi sebagai kuli panggul sudah berangkat ke pasar untuk bekerja, mereka pulang sekitar jam 10 pagi. "Kalau jam 10 dah banyak ibu ibu yang pulang, kadang ada yang jam 12," kata Ibu Er.

Pemukiman di dusun Medas memiliki tipe terpusat. Jarak antar satu rumah dengan yang lain berdekatan dan terkadang hanya dipisahkan oleh lorong yang sangat sempit. Dusun Medas merupakan salah satu dusun yang sudah dinyatakan *Open Defication Free* (ODF). Setiap rumah tangga sudah memiliki jamban untuk buang air besar. Sumber air untuk keperluan minum didapatkan dari sumur yang kedalamannya sekitar 4-5 meter. Namun, meskipun masyarakat sudah memiliki sumur di rumahnya, sebagian masyarakat masih melakukan aktivitas seperti mandi, mencuci piring dan baju di sungai. Katanya lebih nyaman melihat tempat yang luas, dibandingkan mencuci di rumahnya yang sempit.

Pendidikan masyarakat untuk ibu-ibu pada umumnya lulusan sekolah dasar, namun untuk anak-anak mereka sudah banyak yang sampai ke jenjang SMA bahkan perguruan tinggi. Sebagai kader yang bertahun-tahun hidup bersama masyarakat Dusun Sandik, Er (43) sebagai kader pendamping desa yang sudah bisa berbahasa Sasak ini mengungkapkan bahwa sudah banyak perubahan pola pikir di masyarakat. Keberadaan *beruga* sebagai tempat bersosialisasi di masyarakat dirasakan cukup membantu dalam meningkatkan kesadaran mereka tentang kesehatan. Ibu Er berkata bahwa sekarang sudah banyak ibu-ibu yang

bertanya kepadanya mengenai kesehatan di antaranya tentang umur yang beresiko tinggi untuk hamil, efek pemberian kapsul Fe terhadap kenaikan tekanan darah. “Saya harus banyak baca mbak, saya malu kalau sebagai kader saya ngga tahu,“ katanya saat menerima kami di *beruga* rumahnya.

Antusiasme masyarakat untuk datang ke Posyandu juga besar. Pemberitahuan tentang pelaksanaan Posyandu dua hari sebelumnya. Jarang dia melakukan *sweeping*, karena semua sasaran sudah datang. Bagi mereka yang berhalangan hadir pada hari H Posyandu, telah datang sebelumnya untuk menimbang di rumahnya. Permasalahan gizi balita yang terdapat di dusun Medas menurutnya terjadi selain karena faktor kemiskinan juga karena pola asuh. Seperti halnya yang diungkapkan oleh petugas gizi, baik di Dinkes maupun Puskesmas, Ibu Er juga mengatakan bahwa anak-anak banyak diasuh oleh neneknya, atau bapaknya jika tidak bekerja, terkadang juga diasuh kakaknya yang masih kecil. Pemberian makanan jajanan pada balita juga disinyalir mempengaruhi nafsu balita, karena mereka akan kenyang dahulu sebelum diberi makanan.

1. Balita Di

   Balita berusia 2 tahun 6 bulan ini merupakan anak dari ibu H 25 tahun, berpendidikan SMU dan ayahnya seorang guru madrasah dengan pendidikan D1. Di balita yang tercatat memiliki berat di bawah garis merah (BGM) ini berperawakan kecil. Namun menurut penuturan ibunya Di merupakan anak yang aktif.

Terlahir sebagai balita BBLR dengan berat 2.000 gram, Di menjalani perawatan dalam inkubator selama 10 hari. Pada usia 2 bulan, Di kembali dirawat di rumah sakit karena menderita sesak nafas selama satu bulan. Tidak ada riwayat sesak nafas pada keluarganya, menurut penuturan orang tuanya Di sesak nafas karena tidak tahan dengan bau obat anti nyamuk elektrik.

Balita Di tinggal bersama ayah, ibu, dan kakak tirinya. Ibunya memiliki warung di pinggir jalan yang dibuka setiap hari mulai jam 08.00 sampai 21.00. Aktivitas balita Di banyak di warung bersama ibunya. Menurut penuturan ibunya sebelum berangkat kadang Di sudah sarapan, kadang sarapan di warung, kadang juga tidak mau sarapan sama sekali. Di memilih memakan *snack,* dan kadang saat Di melihat *snack* jika tidak diberi maka Di akan menangis.

Gambar 4.19 Potret Balita Di, dengan Riwayat BBLR dan Sulit Makan

Sumber: Dokumentasi peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Balita Di merupakan balita yang sulit makan, dengan keluhan sering sakit ISPA. Ibunya mencoba tetap memberikan makanan bahkan sampai lima kali sehari, namun setiap makan Di hanya bisa dua sendok saja. Ibunya sudah memberikan vitamin

dan mencoba tetap menyuapi sambil mengikuti ke mana Di bermain.

2. Balita Ra

Balita laki laki berusia 36 bulan terlahir di Puskesmas dengan berat 1.900 gram. Tinggal di sebuah rumah kecil tanpa ventilasi memadai, berdinding batako tanpa jendela. Ibunya berusia 38 tahun saat mengandungnya dan ayah berusia 46 tahun, Ra tinggal bersama tiga kakaknya. Kakak pertama Ra sudah meninggal.

Ayah Ra seorang buruh bangunan dan ibunya seorang ibu rumah tangga. Dahulu ibunya seorang kuli panggul di Pasar Kebon Roek Ampenan, namun semenjak sakit ibunya di rumah saja. Ibunya dinyatakan positif penderita Tb dan telah menjalani pengobatan selama satu tahun.

Ra tercatat sebagai balita BGM yang diberikan paket PMT untuk balita BGM. Menurut Ibu En (43) Ra sudah terlihat sedikit berisi badannya. Pagi hari Ra bangun sekitar jam 06.00, lalu duduk-duduk sambil minum susu yang merupakan PMT balita BGM. Terkadang jika susu tersebut habis, Ra minum air putih dan gula. Ibunya mengatakan tidak ada jam khusus bagi balita Ra untuk sarapan, ibunya memberi makan sesuai permintaan anak, terkadang bisa makan 5 sampai 6 kali.

Riwayat ASI balita Ra, selama 3 bulan saja. Lalu diberi bubur, susu, dan air gula. Kalau tidak mau makan Ra diberi biskuit. Ra sering sesak nafas seperti ibunya, selain juga sering sakit ISPA.

Gambar 4.20 Potret Balita Ra, dengan Ibu Penderita TB (Kiri), dan Kondisi Rumah Minim Ventilasi (Kanan)

Sumber: Dokumentasi peneliti IPKM Kualitaif Kabupaten Lombok Barat, 2015

3. Balita HK

Balita berusia 23 bulan ini terlahir dari seorang ibu Has berusia 24 tahun dan ayahnya MS 28 tahun. Ayahnya seorang buruh bangunan. Tercatat sebagai balita BGM, HK terlahir dengan berat 2.600 gram. HK tinggal di sebuah rumah kecil bersama ibu dan ayahnya.

Ibunya rutin melakukan pemeriksaan kehamilan, hal ini terlihat dari riwayat pencatatan pada buku KIA, dengan kenaikan berat badan selama hamil sebanyak 12 kg, tinggi badan 142 dan lingkar lengan atas 25 cm. Tidak ada keluhan selama kehamilan, namun pada saat usia 9 bulan, pernah mengeluaran cairan putih yang sangat sakit dan menyebabkan dia dirawat selama satu hari. Saat melahirkan Has mengalami kejang dan pingsan, sehingga bayi HK harus divakum. Lalu dirawat di rumah sakit selama 15 hari.

HK tidak seperti balita pada umumnya, dengan kondisi kepala tampak kecil dibanding postur tubuhnya, HK mengalami gangguan pertumbuhan. Lehernya sangat lemas, belum dapat ditegakkan. Namun, kondisi ini menurut penuturan ibunya sudah mengalami perbaikan setelah mendapatkan terapi di Lombok *Care,* sebuah yayasan yang bergerak di bidang pendidikan, kasih sayang dan penelitian.

Gambar 4.21. Potret Balita HK dengan Kelainan Bawaan

Sumber: Dokumentasi Peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Sampai saat ini HK masih menyusu ibunya. Dia mengalami kesulitan untuk menelan. Hanya bisa menyusu pada ibunya yang membuatnya tetap bertahan. Namun semenjak menjalani terapi, HK sudah mengalami sedikit perbaikan. Dulu HK hanya bisa terbaring dan menangis jika tidak digendong. Saat ini ibunya sudah bisa memangku HK dengan posisi duduk, meskipun bagian leher tetap disangga karena masih sangat lemas. Tidak hanya itu, semula HK yang hanya bisa menyusu ibunya saja, kini dia sudah bisa menerima asupan lain. Paket PMT untuk balita BGM sudah dapat dikonsumsi HK, meski dengan cara dicampur susu terlebih dahulu, baru kemudian disuapin sedikit demi sedikit dengan sendok.

Dusun Limbungan Utara

Daerah dataran selanjutnya yaitu Dusun Limbungan Utara. Dusun Limbungan merupakan daerah dataran yang termasuk di dalam wilayah kerja Puskesmas Gunungsari. Terletak di desa Tamansari, perjalanan ke dusun Limbungan utara memakan waktu kurang lebih 15 menit dari Puskesmas. Letak dusun ini cukup jauh dari jalan raya, akses menuju ke dusun ini sebenarnya datar, namun jalan menuju ke dusun ini melalui jalan aspal yang sudah rusak.

1. Balita Hen

   Hen, balita berusia 14 bulan ini dilahirkan oleh seorang dukun bayi dari ibu bernama Husni. Menikah pada tahun 1999, Husni tidak tahu berapa usianya saat ini. Dia mengaku tidak pernah sekolah sama sekali. Suaminya bekerja sebagai seorang tukang kayu.

   Hen merupakan anak kedua dan tidak ditimbang pada saat lahir. Pada saat dia berusia dua hari Hus mendatangi Posyandu dan mengatakan bahwa berat Hen adalah 3.000 gram. Dalam rekap penimbangan pada bulan Mei tahun 2014 Hen tercatat sebagai balita yang bergizi baik, namun pada penimbangan terakhir yang dilaksanakan tercatat di buku KIA berat badan Hen mengalami penurunan.

   Menurut penuturan ibunya Hen sering menderita sakit panas, pilek, batuk, sesak nafas dan gatal gatal. Akhir-akhir ini ibunya mengatakan bahwa Hen tidak mau makan dan tidak mau menyusu. “Sakit bibirnya,” kata ibu Hen. Hen mulai diberi makanan pendamping ASI oleh ibunya pada usia 4 bulan, berupa bubur instan, pisang dan nasi. “Kalau sehat pernah makan sedikit sedikit, kalau sakit engga, nyusu aja.

Nasi, tempe, bawang goreng," kata Hus. "Jarang makan... jajan saja, ya Kerupuk."

2. Balita FA

Balita perempuan ini berusia 14 bulan, anak kedua dari dua bersaudara. Kakaknya berusia 8 tahun. FA dilahirkan di Puskesmas oleh ibunya diantar suami dengan kendaraan roda dua sebelum akhirnya bercerai. Sehari-hari FA sering bersama neneknya, Ibunya bekerja untuk menghidupi keluarga dari jam 07.00 hingga jam 17.00 sebagai buruh membuat atap alang-alang.

FA sering sakit batuk pilek, panas, dan diare. Sebagai balita yang tercatat bergizi baik menurut rekap penimbangan Mei 2014. Menurut ibunya, dahulu selain diberi ASI, FA juga diberi makanan pendamping ASI pada usia 6 bulan berupa bubur *instant* SUN, biskuit, terkadang membuat sendiri seperti nasi dicampur wortel dan telur.

Saat ini FA termasuk balita yang tidak sulit untuk makan, sehari bisa 3-4 kali makan, "Mudah makan, apa-apa mau, pokoknya semuanya dia suka itu. Apa aja yang kita makan dia juga makan," tutur ibunya. Menu makan keluarga biasanya terdapat sayur seperti rebung, sayur nangka, pepaya, tahu, dan tempe. Neneknya berjualan warung, FA juga sering jajan seperti *snack*, ketan namun juga tidak sulit untuk makan nasi bahkan FA sudah bisa memakan makanannya sendiri. FA sering datang ke Posyandu. Di Posyandu mengaku diberikan PMT terkadang bakso, nasi kuning, bihun.

Tabel 4.4 Matriks Rangkuman Faktor-faktor yang Berpotensi menjadi Penyebab Permasalahan Gizi Balita di Dusun Sandik dan Limbingan Utara sebagai Wilayah Dataran

Faktor faktor yang berpotensi menjadi penyebab	Informan
Riwayat BBLR	Balita Di
Susah makan	Balita Di
Sakit seperti sesak nafas, ISPA, Diare, Tb	Balita Di, Balita ra,balita Hen
Tumbuh di lingkungan Beresiko (misal keluarga menderita Tb)	Balita Ra
Kelainan bawaan	Balita HK

Sumber: Data Primer IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

Boks 4.1.

Sebutir Vitamin yang Menggerakkan

(Agung Dwi Laksono, 2013)

Sudah sangat jamak bila partisipasi masyarakat (baca; ibu dan balita) di Posyandu sudah semakin menurun dari tahun ke tahun, dari hari ke hari. Kondisi ini semakin parah pada balita dengan usia 2 (dua) tahun ke atas yang merasa imunisasi sudah tuntas dilakukan, tidak ada lagi gunanya datang ke Posyandu yang cuman hanya untuk penimbangan saja. Tidak ada lagi sesuatu yang menarik dilakukan di Posyandu.

Solusi untuk men-*sweeping* sasaran balita *door to door,* dari rumah ke rumah, memang dirasa cukup efektif, tetapi menimbulkan konsekuensi yang menyita cukup banyak sumber daya Puskesmas. Sementara pelayanan di Puskesmas harus tetap berjalan. Bila *sweeping* dilakukan setiap kali, setiap bulan, tentu saja akan menjadi masalah tersendiri bagi Puskesmas.

Di wilayah Kabupaten Lombok Barat sendiri sebenarnya ”Pekan Penimbangan” dilakukan sebanyak 4 (empat) kali setahun. Pekan penimbangan dilakukan pada bulan Februari, Mei, Agustus, dan November. Dalam masa pekan penimbangan ini bila ada balita yang tidak hadir di Posyandu, maka hukumnya “wajib” dilakukan *sweeping* untuk pencapaian cakupan D/S yang maksimal.

Konsep Posyandu sebenarnya juga menuntut partisipasi masyarakat untuk datang ke Pos Pelayanan. Konsep Posyandu seharusnya tidak untuk memanjakan masyarakat dengan petugas yang mendatangi *door to door*. Di sinilah letak ujian

‘pemberdayaan’ masyarakat oleh petugas kesehatan yang sebenar-benarnya. Karena Posyandu di wilayah Puskesmas Perampuan angka partisipasinya cukup rendah, bahkan di wilayah Desa Trong Tawa seringkali *sweeping* yang harus dilakukan mencapai lebih dari 50% sasaran. Tentu saja konsekuensi yang cukup berat. Meski untuk upaya *sweeping* ini petugas dibantu oleh kader Posyandu setempat.

Puskesmas Perampuan menyadari pentingnya Posyandu, yang menjadi sangat penting sebagai *entry point* atau pintu masuk bagi masalah lainnya terkait balita, yaitu gizi kurang maupun gizi buruk. Dalam sebuah pertemuan mini lokakarya rutin di Puskesmas, tercetus ide untuk memberikan vitamin bagi balita yang datang ke Posyandu. Diharapkan dengan hal tersebut, ada “sesuatu” yang bisa menarik ibu dan balitanya ke Posyandu. Dengan tujuan besarnya adalah mengurangi *sweeping.*

Gambar 4.22 Tren Cakupan D/S Posyandu di Wilayah Puskesmas Perampuan, Kabupaten Lombok Barat per Bulan Januari-September 2012

Sumber: RR Puskesmas Perampuan

Langkah kecil ini terlihat biasa saja, hanya memberikan balita "sebutir" vitamin, tapi dampaknya sungguh luar biasa. Tren cakupan balita yang datang dan ditimbang di Posyandu meningkat drastis, dan stabil pada kisaran 90% ke atas, yang artinya *sweeping* untuk memenuhi kewajiban penimbangan bagi seluruh balita hanya menyisakan pekerjaan yang tidak mencapai 10% dari total sasaran.

Dari Gambar 4.22 terlihat tren cakupan D/S yang cenderung mendekati angka 100% meski tidak sedang pada masa "Pekan Penimbangan". Sedang secara detail berdasarkan angka absolutnya dapat dilihat pada Tabel 4.5.

Tabel 4.5 Cakupan Posyandu (D/S) di Wilayah Puskesmas Perampuan, Kabupaten Lombok Barat Tahun 2012

Bulan (Tahun 2012)	Sasaran Riil (S)	Balita Datang & Ditimbang (D)	D/S
Januari	2.966	2.810	94,74%
Februari	2.942	2.942	100%
Maret	2.975	2.743	92,2%
April	2.965	2.726	91,94%
Mei	2.924	2.909	99,49%
Juni	2.921	2.822	96,61%
Juli	2.930	2.820	96,25%
Agustus	2.939	2.924	99,49%
September	2.957	2.922	98,82%

Sumber: Puskesmas Perampuan

Angka di atas merupakan rekapitulasi dari seluruh Posyandu di wilayah Puskesmas Perampuan yang rekapitulasinya dilakukan oleh penulis dari laporan kegiatan Posyandu. Katanya Puskesmas Perampuan bukan tergolong Puskesmas kaya? Kok bisa menyediakan vitamin tambahan untuk Posyandu? Berapa

sih kebutuhan biayanya? Dengan hanya "sebutir" vitamin, maka sebenarnya kebutuhan untuk menarik minat balita ini tidak banyak.

Puskesmas membeli vitamin merk Fitkom dalam botol yang berisi 30 butir yang di pasaran dalam kisaran harga Rp15.000,- yang karena pembelian dalam jumlah besar Puskesmas Perampuan bisa mendapatkannya dengan harga Rp8.500,- per botol. Dengan sasaran dalam kisaran 3.000 balita, maka kebutuhan per bulan mencapai Rp850.000,-. Puskesmas memanfaatkan dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) untuk pembelian vitamin ini.

"...untungnya ada BOK pak. Kalau tidak ada BOK Puskesmas tidak bisa bergerak!" kata Kepala Puskesmas Perampuan. Sebuah pemanfaatan dana BOK yang efektif dan sesuai dengan peruntukannya.

Dalam praktek di lapangan, pembagian vitamin juga dibarengi pembagian sirup vitamin Vical. Vitamin ini merupakan vitamin standar yang dibagikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat untuk seluruh Posyandu di wilayahnya.

Gambar 4.23. Vitamin yang Dibagikan saat Posyandu di Puskesmas Perampuan, Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat, 2015

"Setelah minum vitamin di Posyandu, anak saya makannya jadi kuat Bu. Di mana sih bu belinya vitamin itu (Vical)???? kok saya mau membeli di apotek tidak ada...," tanya salah seorang ibu balita yang ikut datang ke Posyandu pada petugas yang mendampingi pelaksanaan Posyandu.

Efek domino ini tidak berhenti sampai di situ. Saat ini di wilayah Puskesmas Perampuan telah terbebas dari balita gizi buruk maupun gizi kurang. Sebuah kondisi yang pada awal tahun 2012 dan tahun-tahun sebelumnya sulit ditemui, yang pada akhirnya memaksa Puskesmas mengalihkan anggaran yang sebelumnya dianggarkan untuk penanggulangan gizi kurang/ buruk menjadi anggaran untuk keperluan lain.

Dalam kesempatan lain, Kepala Puskesmas juga berusaha memenuhi 3 (tiga) jenis petugas yang hadir di Posyandu, untuk menjamin bahwa Posyandu adalah benar-benar Pos Pelayanan "TERPADU". Tiga petugas itu terdiri dari komponen bidan, perawat, dan petugas gizi. Hal ini juga yang mampu membuat masyarakat yang datang membawa balita merasa terperhatikan, kesehatan anaknya benar-benar dipantau secara baik, dan konsultasi kesehatan bisa benar-benar berjalan dan dilakukan.

Untuk memperbaiki pencatatan dan pelaporan Posyandu, Puskesmas Perampuan juga melakukan perubahan form standar dari Dinas Kesehatan. Proses penyusunan form baru ini mengadopsi dari beberapa form laporan standar yang digabungkan menjadi satu untuk memudahkan proses pencatatannya. Langkah ini dipikirkan dan dibuat bersama-sama saat rapat rutin Puskesmas.

Cerita manis soal Posyandu ini bukannya mulus tanpa masalah. Saat ini Puskesmas sedikit kelimpungan karena hampir

70% bidannya sedang sekolah, sehingga memerlukan manajemen yang cukup merepotkan. Hal ini masih ditambah dengan masalah Posyandu yang terkait masalah politis, dengan akan dimulainya babak baru pergantian kepala desa. Upaya kesehatan, sebuah upaya yang seringkali menemui kendala non teknis, yang seringkali justru tidak berhubungan dengan hal teknis kesehatan itu sendiri.

Bab 5

PELAYANAN KESEHATAN IBU HAMIL, BERSALIN DAN NIFAS

Kelompok rentan lainnya selain anak-anak adalah kaum ibu. Kematian pada kelompok ini (Angka Kematian Ibu/AKI) merupakan indikator utama status kesehatan suatu negara selain Angka Kematian Bayi (AKB). Kematian ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain (Budi Utomo, 1985).

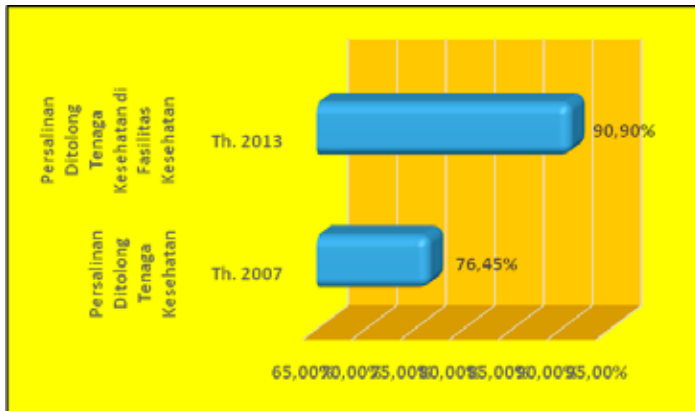
Kematian ibu sebagian besar terjadi pada saat persalinan, di mana 9 dari 10 kematian ibu terjadi saat persalinan dan di seputarnya (Depkes RI, 2009). Salah satu faktor yang melatarbelakangi kematian ibu adalah kondisi tiga terlambat, yakni terlambat dalam memeriksakan kehamilan, mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat dalam memperoleh pelayanan persalinan dari tenaga kesehatan, dan terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat dalam keadaan emergensi (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan kesepakatan global *Millenium Development Goals* (MDGs), target angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

Sementara itu berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup jauh dari target yang harus dicapai pada tahun 2015. Mampukah Indonesia mengejar target AKI di Indonesia pada tahun 2015 di waktu yang tersisa ini?

Salah satu cara untuk menurunkan AKI di Indonesia adalah dengan melakukan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih. Selain itu, dengan melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, salah satu indikator untuk *monitoring* angka kematian Ibu adalah proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan.

5.1. Pelayanan Persalinan Kabupaten Lombok Barat dalam IPKM

Berdasarkan Riskesdas 2007 dan 2013, ada kenaikan yang sangat signifikan untuk cakupan ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Lombok Barat (Gambar 5.1). Kondisi menggembirakan ini lebih menarik lagi dengan tambahan kriteria yang lebih spesifik pada Riskesdas 2013 dibanding dengan Riskesdas 2007, yaitu tidak hanya ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan, tetapi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes).

Gambar 5.1 Cakupan Ibu Bersalin yang Ditolong oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat pada Tahun 2007 dan 2013 Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar

Sumber: Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan, 2008 dan 2013

Persentase cakupan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (linakes) sebesar 76,45% di tahun 2007 meningkat tajam menjadi 90,9% pada tahun 2013. Angka yang sedikit lebih tinggi dibandingkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan secara nasional berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia 2013 sebesar 90,88%. Selain itu kompleksitas permasalahan yang melingkupi persalinan menjadikan justifikasi dan *curiousity* untuk menelisik upaya-upaya apa saja yang sudah, sedang, dan akan dilakukan oleh seluruh jajaran Pemerintah Daerah baik tingkat Provinsi dan Kabupaten mulai dari Dinas Kesehatan sebagai *leading sector*, lintas sektor terkait dan masyarakat tentunya. Lebih dari itu, diharapkan bisa menjadi peluang untuk direplikasi di daerah lain.

5.2 Situasi Sumber Daya Program Kesehatan Ibu

Sumber daya kesehatan sebagai salah satu subsistem dalam komponen pengelolaan kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional 2012 (SKN 2012), meliputi sumber daya manusia kesehatan, fasilitas dan pembiayaan. Analisis situasi sumber daya kesehatan dilakukan untuk memberikan gambaran situasi sumber daya yang ada sebagai modal utama dalam mengimplementasikan program-program kesehatan. Berikut akan diuraikan situasi ke-3 sumber daya tersebut khusus terkait sumber daya program kesehatan ibu (Kemenkes RI, 2012):

1. Sumber Daya Manusia

Sesuai dengan indikator Indonesia sehat 2010, bahwa rasio bidan adalah 100 bidan per 100.000 penduduk. Berdasarkan indikator tersebut maka dengan rasio sebesar 23,15 bidan per 100.000 penduduk, maka di Kabupaten Lombok Barat bisa dimaknai masih kekurangan tenaga bidan.

Angka di atas berbeda dengan data dari Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kemenkes RI, dengan proporsi desa yang mempunyai kecukupan bidan per 1.000 penduduk Kabupaten Lombok Barat mempunyai angka 0 yang artinya tidak ada satu desa-pun yang memenuhi kecukupan bidan yaitu 1 bidan per 1.000 penduduk. Kondisi ini menjadi bahasan sengit dengan para jajaran *leading sector* Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat bersama dengan KaDinKes. Seperti pernyataan KaDinKes Kabupaten Lombok Barat, "…saya tidak mengatakan bahwa kalau di Lombok Barat itu nol, tidak mungkin… itu mungkin …".

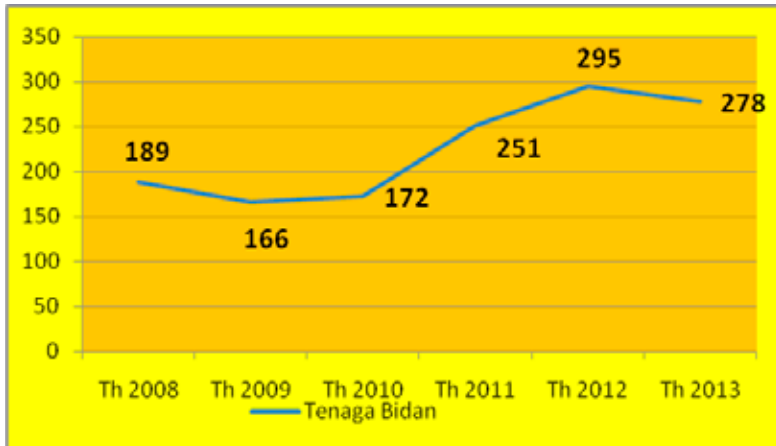
> "…proporsi desa yang mempunyai kecukupan bidan per penduduk… satu-satunya kabupaten yang nilainya nol adalah Kabupaten Lombok Barat… di NTB loh ini… Lombok Barat di

> sini koq nilainya nol, tidak ada satu pun desa yang memenuhi (kecukupan) bidan per penduduk…”
>
> (KaDinKes Kabupaten Lombok Barat)

Pertanyaan selanjutnya terlontar dari AA (Sekdis Kes Kabupaten Lombok Barat), “… apa makna nol yang tercantum di situ?” Peneliti menjelaskan bahwa artinya tidak ada satu desa pun yang 1 bidannya melayani kurang dari 1.000 penduduk. Namun penilaian dengan menggunakan proporsi rasio kecukupan 1 bidan per 1.000 penduduk diungkap KaDinKes Kabupaten Lombok Barat, tidak ada korelasi terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

> “…harusnya mempunyai benang merah linakes (persalinan oleh tenaga kesehatan) di fasyankes (fasilitas kesehatan)… sekarang kita lihat yang tinggi rasionya itu justru hanya 68, kemudian Dompu rasionya 26,58 proporsi desa yang mempunyai kecukupan bidan itu dia hanya 47%… ini tidak mempunyai pengaruh yang signifikan, ga ada hubungan yang signifikan… tapi kalau ini menjadi sebuah perhitungan yang masuk menjadi keluarnya hitungan sebuah angka maka ini berpengaruh… ga ada hubungan yang signifikan justru berbanding terbalik… Kota Mataram kecil linakesnya tinggi, Lombok Barat kecil linakes tinggi… justru yang proporsi kecukupan bidan tinggi linakesnya rendah…”
>
> (KaDinKes Kabupaten Lombok Barat)

Rasio kecukupan bidan per 1.000 penduduk dengan angka nol-nya Kabupaten Lombok Barat bukan berarti tidak ada bidan dalam satu desa. Jumlah penduduk sebanyak 628.000 jiwa di 122 desa dengan jumlah bidan 278 di tahun 2013 (Gambar 5.2.), saat ini sudah ditempatkan 1 bidan di setiap desa. Pencapaian ini bukan ditempuh dengan jalan pintas, namun melalui serangkaian analisis dan implementasi program terobosan yaitu

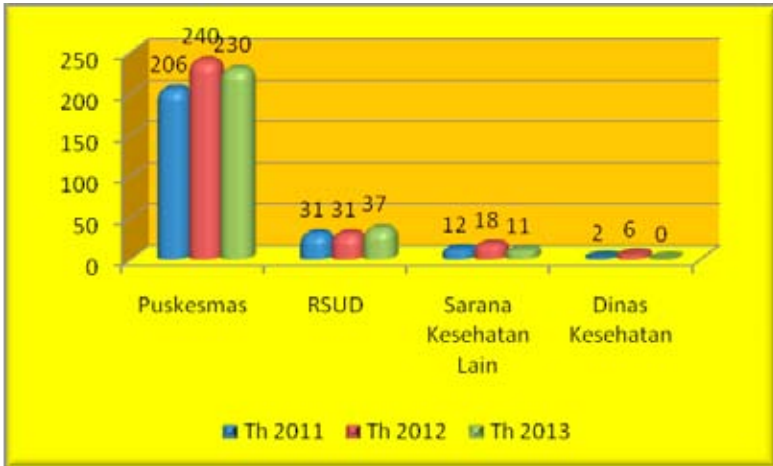
beasiswa bagi putra daerah dari desa terpencil dan disekolahkan di Akademi Kebidanan dengan ikatan kontrak. Sesuai dengan output yang diharapkan dari program terobosan tersebut tampak penambahan yang signifikan pada tahun 2012 di wilayah Kabupaten Lombok Barat (lihat Gambar 5.3). Bahasan khusus mengenai upaya terobosan ini akan dibahas lebih mendalam pada Subbab selanjutnya, sebagai salah satu upaya inovatif yang dilakukan oleh Kabupaten Lombok Barat untuk mengatasi permasalahan kekurangan sumber tenaga bidan.

Gambar 5.2 Tren Jumlah Tenaga Bidan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2008-2013

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2008-2013

Kritisi KaDinKes Kabupaten Lombok Barat terhadap korelasi antara rasio kecukupan bidan per 1.000 penduduk desa dengan cakupan linakes di fasyankes dapat dimaknai bahwa selain kuantitas sumber daya yang terdistribusi dengan merata tidak serta merta meningkatkan cakupan linakes di fasyankes. Hasil wawancara mendalam dan pengamatan dalam penelitian

Nugraheni, dkk (2004), bahwa faktor yang menyebabkan ibu tidak melahirkan di tenaga kesehatan meliputi beberapa hal yaitu adanya kesenjangan geografis, budaya, pengetahuan, ekonomi, dan rasio bidan per desa.

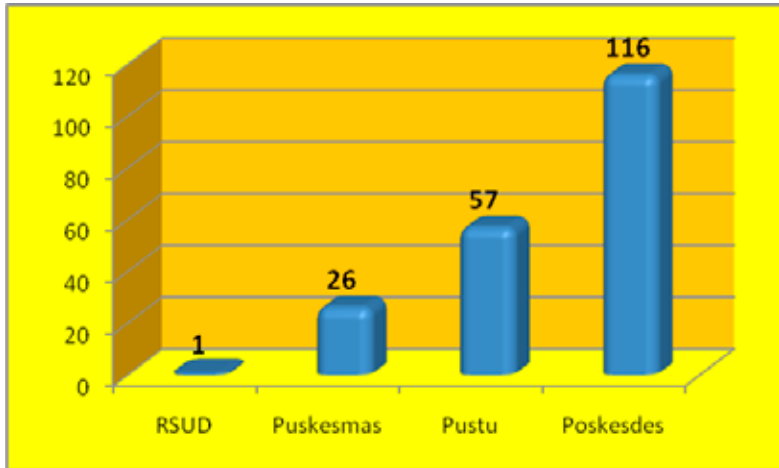
Hal berbeda didapati di Kabupaten Lombok Barat, upaya pemenuhan kuantitas tenaga bidan meskipun bila dinilai berdasarkan rasio kecukupan 1 bidan per 1.000 penduduk belum tercapai, namun cakupan linakes di fasyankes mencapai 90,9%. Pernyataan informan menyebutkan bahwa kunci keberhasilan atas pencapaian program ibu khususnya cakupan linakes di fasyankes salah satunya adalah kerja keras dan komitmen, seperti pernyataan Fri (Staf Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat) dan Hai (Bidan Koordinator, Puksesmas Gunungsari) berikut:

> "…yang paling jelas komitmennya teman-teman bidan desa… dan ada juga bidan pembina desa, jadi apa permasalahan di situ sebelum ke kami ke Puskesmas sama bidan pembinanya dulu, diselesaikan di sana apa permasalahannya. Setiap senin pagi semua bidan melaporkan apa yang menjadi permasalahan selama seminggu dilakukan rutin sehabis apel langsung…"
>
> (Hai, Bidan Koordinator Puskesmas Gunungsari)
>
> "…bapak kita ini… motivasinya beliau yang membuat kinerja stafnya, kalau kepala dinasnya tidak terlalu terhadap permasalahan program yaa ke bawahnya juga kurang…detail orangnya, kita dituntut untuk bisa menganalisis data, kalau ga bisa udah deh kacau…kalau kita menampilkan data kita harus mempertang-gungjawabkan data itu… harus bisa bicara data itu, dia ga mau data asal tampil harus ada maknanya… itu yang membuat kita harusnya terpacu kan…"
>
> (Fri, Staf Seksi Kesga DinKes Kabupaten Lombok Barat)

Gambar 5.3 Distribusi Tenaga Bidan di Fasiltas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat Tahun 2011-2013

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

Aspek lain dari sumber daya manusia selain ketersediaan jumlah adalah distribusi tenaga itu sendiri. Seperti diketahui bahwa Puskesmas sesuai dengan fungsinya sebagai fasyankes terdepan bagi masyarakat, tentunya perlu diberikan porsi lebih akan ketersediaan jumlah tenaga bidan (Kemenkes RI, 2014). Kabupaten Lombok Barat menyadari hal tersebut, tampak pada Gambar 5.3. Puskesmas memperoleh porsi terbesar tenaga bidan dibandingkan fasyankes lain. Adanya program nasional Desa Siaga dengan Poskesdesnya, maka komitmen menempatkan tenaga bidan di Poskesdes sebagai upaya untuk menjaring linakes dilakukan di fasyankes menuntut porsi lebih lagi jumlah tenaga bidan di tingkat Puskesmas. Sesuai penuturan Hai (Bidan Koordinator Puskesmas Gunungsari) menyatakan bahwa:

"...satu desa ada yang dua bidan ditambah dengan pelapis itu istilahnya ditambah yang magang. Jadi rata-rata tidak semua tapi hampir semua desa itu dua bidan... jadi itu salah satu inovasi kita untuk mencegah dan mengatasi ketika terjadinya penyulit ..."

2. Fasilitas Pelayanan Kesehatan (fasyankes)

Gambar 5.4 Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013

Fasilitas pelayanan kesehatan dalam program kesehatan ibu merupakan salah satu indikator yang dinilai dalam IPKM. Penilaian tidak hanya pada cakupan linakes namun juga linakes yang dilakukan di fasyankes. Jenis dan jumlah fasyankes yang ada di Kabupaten Lombok Barat tampak pada Gambar 5.4. Puskesmas yang berjumlah 16 terbagi menjadi 5 dengan rawat inap dan 11 non rawat inap, sedangkan bangunan poskesdes berjumlah 116 di 122 desa yang pendiriannya diupayakan mendekatkan masyarakat desa dengan fasyankes.

Penambahan jumlah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) sebagai upaya mendekatkan fasyankes sampai dengan masyarakat pelosok dirintis mulai tahun 2009. Upaya ini merupakan salah satu program prioritas dalam rangka meningkatkan cakupan linakes di fasyankes.

Gambar 5.5 Bangunan Fisik Puskesmas Lingsar (kiri), dan Puskesmas Meninting (kanan) Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Selain pendirian Poskesdes, saat ini di Kabupaten Lombok Barat membenahi bangunan fisik Puskesmas, sesuai dengan pernyataan Kh (Staf Bappeda Kabupaten Lombok Barat), bahwa tidak hanya sumber daya manusianya saja namun *performance* fisik fasilitas gedung juga.

> "…Tidak hanya manusianya tapi secara fisik juga yaitu fasilitas… Pembangunan Puskesmas perlu dibenahi lagi. Pembangunan Puskesmas sudah sampai 1906-an. Pembangunan perlu diangkat kembali karena sudah kadaluarsa jadi secara ekonomis perlu ditingkatkan lagi… masyarakat kan kalau tidak bersih tidak mau datang lagi, masih banyak Puskesmas yang belum *qualified* dalam arti fisiknya…"

3. Pembiayaan

Kebijakan lain yang krusial adalah kebijakan terkait pembiayaan. Sistem pembiayaan asuransi kesehatan sejak 1 Januari 2014 yang beralih ke sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan operator Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) sebagai Badan Pelaksana, bukanlah tanpa hambatan. Untuk menjadi anggota, masyarakat harus mendaftar dengan prosedur dan biaya bulanan yang ditetapkan. Kemudian "Bagaimana aturan main Pemerintah Daerah Kabupaten Lombok Barat menyikapi perubahan ini?" Menurut penuturan Fri, staf Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, bahwa Pemda dengan sigap mengeluarkan kebijakan biaya persalinan ibu hamil di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan prioritas dan dibebankan pada anggaran Pemda, yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah (Jamkesmasda). Program yang dinamai Jamkesmasda, teknisnya adalah dengan mendaftarkan ibu hamil menjadi peserta BPJS hanya sampai dengan proses persalinan saja, selanjutnya kepesertaan tidak dilanjutkan.

> "…mulai tahun 2014 kan sudah mulai BPJS, nah mulai itu sudah ditanggung oleh dana *sharing* dari provinsi, jadi ibu-ibu hamil yang tidak terdaftar di BPJS kita daftarkan menggunakan dana dari Provinsi… Ketika ibu hamil hendak melahirkan, mendaftarkan diri melalui bidan desa kemudian diteruskan ke Dinas (Kesehatan) dan dapat rekomendasi dari Dinas kemudian keluar kartu peserta…"
>
> (Fri, Staf Seksi Kesga Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat)

Pernyataan yang sama juga diutarakan oleh salah seorang bidan koordinator, bahwa meskipun terjadi perubahan sistem pembiayaan kesehatan dari program Jampersal menjadi JKN dengan BPJS-nya, namun tidak berdampak terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.

"…tidak ada masalah ya bagi mereka, yang bermasalah tetap di kami… kalau waktu Jampersal pake KTP aja udah bisa dulu kan yaa, kalau sejak pake BPJS itu per 1 Januari 2014 tidak bisa harus sesuai itu yaa identitas diri. Persalinan tetap naik, karena buat mereka tetep gratis. Kendalanya hanya di pengurusan kartu, untuk persalinan mereka tetep cuma kendalanya di kita untuk proses administrasi pengklaimannya, kalau di masyarakat tidak ada…"

(Hai, Bidan Koordinator Puskemas Gunungsari).

Gambar 5.6 Poster tentang Persalinan Gratis di Puskesmas Gunungsari

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Tampak upaya penyebarluasan informasi mengenai kebijakan yang menggratiskan biaya persalinan di fasyankes dengan menggunakan bahasa daerah sebagai bentuk *local wisdom* turut berperan dalam meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (lihat Gambar 5.6).

Sumber pembiayaan untuk program ibu bersumber pada dana APBN berupa Biaya Operasional Kesehatan (BOK). Realisasi anggaran pada prakteknya diperuntukkan untuk mendukung program-program kesehatan ibu salah satunya adalah program nasional Kelas Ibu. Sumber pendanaan tidak tunggal dari dana BOK saja namun *sharing* dari dana PNPM GSC, demikian pengakuan Hai (Bidan Koordinator, Puskesmas Gunungsari), "… jadi untuk pendanaannya itu kita dibantu dari PNPM GSC di samping dari Puskesmas sendiri dari BOK…".

Pemanfaatan dana BOK juga dialokasikan untuk kegiatan program kemitraan bidan dan dukun. Realisasinya diperuntukkan untuk program *refreshing* bagi para dukun yang bermitra berupa penyegaran kembali mengenai tanda-tanda bahaya bagi ibu hamil dan seputar kehamilan lainnya yang dilakukan satu tahun dua kali. Selain itu juga dialokasikan untuk mengganti transpor atas rujukan dukun atau kader bagi ibu hamil yang hendak melahirkan.

> "…mendampingi ibu hamil ke fasyankes (fasilitas kesehatan) bukan sebagai penolong namun sebagai mitra bidan untuk merujuk ibu hamil yang hendak bersalin ke Puskesmas… dianggarkan dari BOK untuk rujukan jadi itu bentuk kemitraan kita, dukun maupun kader…"
>
> (Hai, Bidan Koordinator Puskesmas Gunungsari)

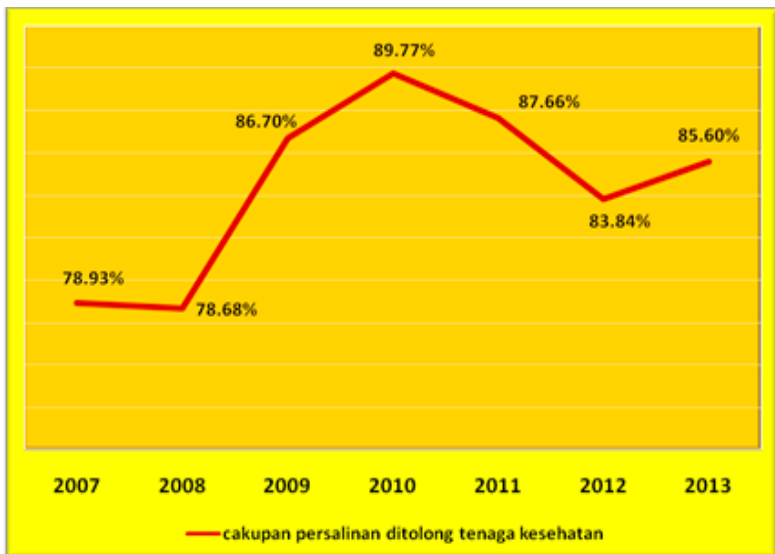
5.3 Sentuhan Konkret dan Sinergis Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil Bersalin dan Nifas Kabupaten Lombok Barat

AKI yang relatif tinggi di Provinsi NTB, melahirkan program "Angka Kematian Ibu menuju Nol" yang membumi dengan

sebutan AKINO sebagai bentuk komitmen Pusat dan Daerah untuk mencapai MDGs 2015 dalam mempercepat penurunan AKI. Program AKINO yang diinisiasi tahun 2008 oleh Pemprov NTB yaitu Dr. TGH. M. Zainul Majdi, MA dan Ir. H. Badrul Munir, MM selaku Gubernur dan Wakil Gubernur bertujuan untuk mempercepat penurunan AKI. Implementasi pencanangan AKINO mencetuskan upaya-upaya konkret dan sinergis berbagai pihak di bidang kesehatan Provinsi NTB.

Kabupaten Lombok Barat sebagai salah satu dari 10 Kabupaten/Kota di Provinsi NTB ikut bergerak menindaklanjuti program AKINO ini. Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat sebagai *leading sector* menunjukkan kerja keras dan kecerdasannya dengan beberapa upaya menekan kasus kematian ibu, salah satunya adalah meningkatkan cakupan persalinan Ibu yang ditolong oleh tenaga kesehatan (lihat Gambar 5.7). Dari 1.031 desa di 10 kabupaten/kota di NTB, sebanyak 900 desa dinyatakan AKINO. Beberapa desa AKINO di antaranya terdapat di Kabupaten Lombok Barat (Pemprov NTB, 2011). Hal ini diungkapkan pula oleh Kh selaku salah satu staf di instansi lintas sektor dengan menyatakan, "…untuk kesehatan dilihat dari capaian kinerja sudah bagus, cakupan-cakupan program sudah meningkat luar biasa… sentuhan-sentuhan itu sudah ada…."

Menurut Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya. Sebagai upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang

merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan. Sejalan dengan hal tersebut Pemerintah Kabupaten Lombok Barat melakukan beberapa gebrakan yang diharapkan memberikan *leverage* terhadap penurunan kasus kematian ibu.

Gambar 5.7 Tren Cakupan Ibu Bersalin yang Ditolong oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat pada Tahun 2007-2013

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2007-2013

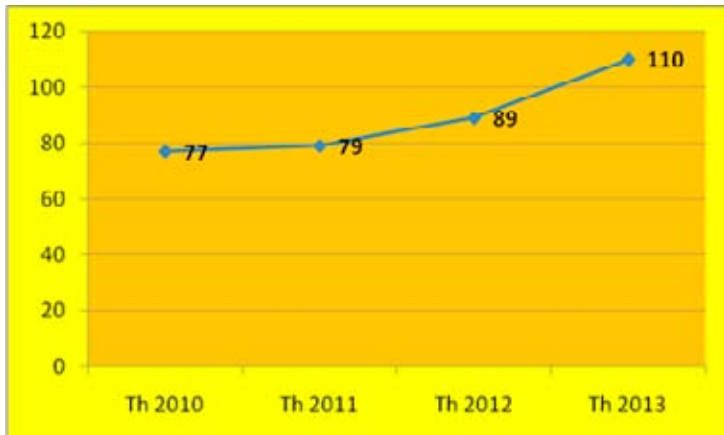
5.3.1 Pemerataan Sarana dan Prasarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Sejalan dengan tujuan sistem kesehatan nasional yaitu tercapainya kemampuan hidup sehat, maka penyediaan sarana pelayanan kesehatan yang memadai merupakan *first thing first* atau hal utama yang harus tersedia. Belum meratanya sarana

dan prasarana fasyankes yang dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat sampai dengan daerah tersulit juga dirasakan oleh pemerintah Kabupaten Lombok Barat.

Sebagai bentuk perwujudan pemerataan sarana dan prasarana fasyankes dilakukan dengan mendorong penambahan bangunan Pos Kesehatan Desa (Poskesdes). Poskesdes merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi warga desa. Bentuk kegiatan yang dilakukan di antaranya adalah melaksanakan kegiatan-kegiatan kegawatdaruratan kesehatan pelayanan kesehatan dasar, termasuk persalinan normal (Depkes RI, 2007).

Analisis mengerucut bahwa salah satu faktor rendahnya linakes adalah keberadaan bidan di desa sebagai tenaga kesehatan di lini terdepan berjarak dengan masyarakat. Adanya jarak ini terjadi karena belum layaknya kondisi bangunan fisik sebagai fasilitas tempat bidan tinggal.

> "…(indikator) persalinan oleh tenaga kesehatan yang tadinya (hanya) ditolong nakes (tenaga kesehatan) meningkat meskipun menjadi persalinan oleh tenaga kesehatan di fasyankes, tidak terlepas dari dukungan fasilitas… dulu masih banyak bidan kita yang belum punya Poskesdes di desa, ini adalah hasil analisis kenapa persalinan masih banyak di non nakes daripada di nakes. Karena bidan kita ternyata banyak yang tidak tinggal di desa karena tidak ada fasilitas. Meski mungkin saja bidan yang mendatangi ke rumah tapi kalau terlambat memberitahu informasi jadi keduluan keluar bayinya…"
>
> (Fr, Staf Seksi Kesga Dinas KesehatanLombok Barat)

Gambar 5.8 Tren Jumlah Poskesdes Tahun 2010-2013 Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dinas Kesehatan dan BPS Lombok Barat

Saat ini, tahun 2015, sudah berdiri 117 Poskesdes di 122 Desa di wilayah Kabupaten Lombok Barat. Hal ini meneruskan tren positif pertumbuhan jumlah Poskesdes mulai tahun 2010.

Upaya pemerataan akses terhadap fasyankes melalui pendirian Poskesdes merupakan bentuk kerja sama yang cukup manis diawali oleh anggaran PNPM Mandiri untuk pembangunan fisik gedung, penyediaan areal Poskesdes (tanah) oleh Desa, dan alat-alat kesehatan termasuk tenaganya oleh Dinas Kesehatan setempat.

> "…dana dari pemda sedikit sekali untuk pembangunan, tapi kita bisa masuk melalui PNPM itu… PNPM Mandiri. Jadi kita minta desa yang mempunyai dana PNPM mendahulukan pembangunan Poskesdes. Kemudian alat-alat juga *include* jadi selain gedungnya kita juga minta dengan peralatannya untuk *meubelair* tapi kalau alat-alat kesehatan Dinas Kesehatan yang isi…"
>
> (Fr, Staf Seksi Kesga Dinas KesehatanLombok Barat)

5.3.2 Ayooo Sekolah…! "Program Sekolah Kebidanan"

Tingginya AKI didorong adanya peran faktor persalinan ditolong selain oleh tenaga kesehatan di antaranya dukun bayi. Kondisi sosial budaya di masing-masing daerah turut memberikan konstribusi, masih banyak daerah yang masih menggunakan dukun sebagai penolong persalinan, khususnya di desa-desa. Berdasarkan data Riskesdas 2013, penolong saat persalinan dengan kualifikasi tertinggi dilakukan oleh bidan (68,6%), kemudian oleh dokter (18,5%), lalu non tenaga kesehatan (11,8%). Namun sebanyak 0,8% kelahiran dilakukan tanpa ada penolong, dan hanya 0,3% kelahiran saja yang ditolong oleh perawat (Kemenkes RI., 2013).

Cakupan linakes terlatih menurut provinsi di Indonesia pada tahun 2013, tiga provinsi dengan cakupan tertinggi adalah provinsi Jawa Tengah dengan cakupan 99,89%, Sulawesi Selatan 99,78%, dan Sulawesi Utara 99,59%. Sedangkan tiga provinsi dengan cakupan terendah adalah Papua 33,31%, Papua Barat 73,20%, dan Nusa Tenggara Timur sebesar 74,08% (Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013).

Sumber Daya Manusia (SDM), merupakan salah satu tantangan yang dihadapi oleh Pemerintah Kabupaten Lombok Barat dalam rangka peningkatan cakupan linakes. Pengajuan tenaga kontrak pusat (bidan) bukan tidak dilakukan, namun hanya sedikit yang dipenuhi dan itupun tidak selalu.

Ide *brilliant* sebagai opsi jalan keluar dari permasalahan kuantitas SDM kemudian dimunculkan program sekolah D3 Kebidanan. Program menyekolahkan warga Kabupaten Lombok Barat setingkat D3 kebidanan ini

dilakukan pada tahun 2008, sebanyak dua kelas dengan jumlah 40 orang per kelas. Peserta beasiswa menandatangani *Memorandum of Understanding (MOU),* bahwa setelah menyelesaikan studi bersedia mengabdi selama 10 tahun di daerah terpencil di wilayah Kabupaten Lombok Barat.

Penerima beasiswa program sekolah kebidanan ini bukan tanpa seleksi dan syarat, salah satu persyaratan yang inovatif adalah mengutamakan keluarga dukun bayi. Adapun alasan memunculkan syarat tersebut adalah sebagai upaya memutus rantai persalinan ditolong oleh dukun bayi. Sesuai dengan pernyataan Fri (42 tahun), "… harapannya nanti yang meneruskan dukunnya yaa yang berpendidikan… harapannya kan jadi ngga ada dukun lagi…." Selain mengutamakan keluarga atau pewaris dukun bayi juga diprioritaskan putra daerah yaitu warga yang bertempat tinggal di wilayah dengan tenaga kesehatan bidan desa yang minim." …program menyekolahkan D3 tenaga yang disiapkan memang untuk menjadi tenaga bidan di desa di Kabupaten Lombok Barat untuk ditempatkan di daerah terpencil…."

Saat ini, pemerintah Kabupaten Lombok Barat (Lombok Barat) sudah dapat memetik buah hasil program menyekolahkan masyarakat setingkat D3 Kebidanan.

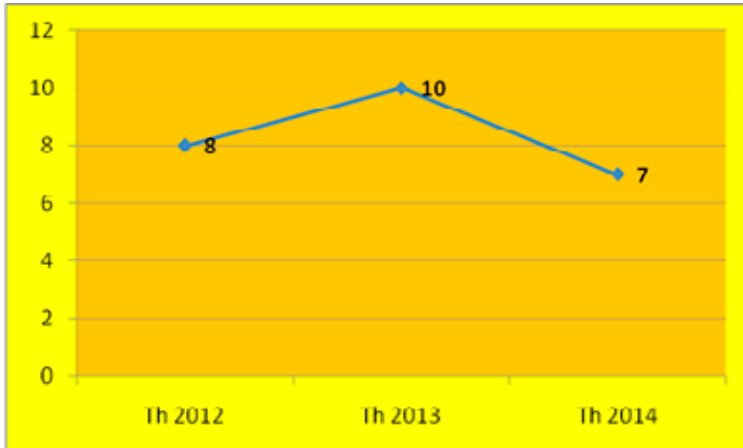
> "…dulu di desa masih ada yang belum ada bidannya, sekarang di setiap desa sudah ada bidannya… advokasi terus, bahwa permasalahan KIA ini disebabkan kurangnya tenaga kurangnya sarana, berusaha dipenuhi oleh pemda…"
>
> (Fri, Staf Seksi Kesga Dinas Kesehatan Lombok Barat)

5.3.3 Upaya *Quality Assurance*

Pencapaian cakupan persalinan kesehatan di fasyankes bukan tanpa hambatan dan koreksi terhadap kekurangan dari program yang sedang berjalan. Upaya jaga mutu (*quality assurance)* dilakukan melalui beberapa kegiatan baik yang sifatnya substansi maupun administrasi. Berdasarkan hasil wawancara mendalam pada salah satu staf di Seksi Kesehatan Keluarga menjelaskan bahwa upaya jaga mutu ini dimulai dari kegiatan perencanaan. Usulan perencanaan kegiatan untuk tahun berikutnya berdasarkan permasalahan dan capaian-capaian di tahun sebelumnya.

> ”…perencanaan di tingkat kabupaten berdasarkan hasil analisis terhadap masalah-masalah yang ada di Puskesmas. Analisis tidak hanya terhadap permasalahan yang ada namun capaian-capaiannya juga. Permasalahan yang ada dianalisis untuk dibuat solusi dan strategi….”
>
> (Fr, Staf Seksi Kesga Dinas Kesehatan Lombok Barat)

1. Pertolongan Pertama Gawat Darurat Obstreti Neonatal (PPGDON)

Hal yang melatarbelakangi program ini merupakan rentetan kegiatan dalam rangka untuk menekan kasus kematian ibu, seperti tampak pada Gambar 5.9. Terjadi peningkatan kasus kematian ibu pada tahun 2013 dan berhasil ditekan di tahun 2014. Kasus kematian ibu bisa disebabkan karena faktor keterlambatan merujuk. Dinas Kesehatan menyikapi keterlambatan merujuk ini dengan setiap kali ada kasus kematian ibu dilakukan audit. Audit di sini menganalisis faktor penyebab kematian dengan menghadirkan pakar (spesialis obgyn) dan Puskesmas bersangkutan, untuk kemudian dinilai letak penyebab kematian ibu tersebut.

Gambar 5.9 Jumlah Kasus Kematian Ibu Kabupaten Lombok Barat Tahun 2012-2014

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat 2014

Multifaktorial penyebab kasus kematian ibu, di mana salah satunya ditentukan oleh kompetensi tenaga kesehatan dalam hal ini bidan itu sendiri terkait kemampuan mengenali kondisi ibu bersalin yang harus segera dirujuk. Beberapa kasus kematian ibu yang terjadi di Kabupaten Lombok Barat yang level penanganannya berada di bawah kewenangan Dinas Kesehatan yaitu ketidakpatuhan petugas terhadap *Standard Operating Procedure* (SOP) yaitu keterlambatan merujuk oleh tenaga kesehatan penolong persalinan. Sebagai upaya tindak lanjut dibuatlah program PPGDON di tahun 2014, bidan dilatih untuk menghadapi kasus-kasus darurat untuk cepat memutuskan tindakan apa yang harus ditangani.

Selain program PPGDON, penandatanganan "Pakta Integritas" diperuntukkan pada setiap Kepala Puskesmas dan Tenaga Bidan. Pakta Integritas ini terkait adanya kasus kematian ibu, di

mana setiap bidan yang menyebabkan ibu meninggal karena kelalaian akan diberi sanksi. Sanksi tersebut berlaku tidak hanya kepada bidannya, juga Kepala Puskesmas di mana bidan tersebut bekerja. Jika bidan adalah pegawai negeri sipil (PNS) maka dicabut fungsionalnya, apabila dia tenaga kontrak diputus kontrak kerjanya. Demikian pula untuk Kepala Puskesmas, dicabut jabatannya sebagai Kepala Puskesmas. Namun kondisi ini terjadi ketika sudah terbukti melalui serangkaian tahapan audit yang dilakukan oleh tim pengkaji bahwa yang bersangkutan karena kelalaiannya mengakibatkan ibu bersalin meninggal.

2. Manual Rujukan

Tahun 2015 dilakukan program penguatan manual rujukan, yaitu kegiatan penggolongan kasus terkait kondisi ibu bersalin. Saat ini masih dalam tahap sosialisasi ke Puskesmas-Puskesmas, dengan kegiatan ini diharapkan lebih meningkatkan kemampuan mengenali situasi dan kondisi ibu bersalin (bulin) dalam hal bagaimana bulin dikategorikan dalam keadaan *emergency* sehingga harus segera dirujuk, apakah ke Puskesmas PONED atau rumah sakit (RS).

3. On The Job Training (OJT)

Selain penguatan kompetensi bidan secara substansi juga dilakukan OJT untuk peningkatan kemampuan secara adminis-tratif. Kegiatan OJT mengenai pencatatan dan pelaporan (catpor) dilatarbelakangi temuan hasil supervisi, adanya beberapa temuan koreksi terhadap ketidaksesuaian pencatatan. Ketersediaan data yang cepat, akurat dan informatif adalah salah satu elemen penting dalam mengatasi permasalahan kesehatan. Hal ini bisa diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan yang tertib, rapi, terkoordinir, dan akuntabel. Mengingat pentingnya

kegiatan pencatatan dan pelaporan sebagai pijakan dalam pengambilan keputusan, perencanaan program, monitoring, dan evaluasi kegiatan kesehatan dituntut data yang *evidence based.* Kegiatan OJT bagi bidan desa dilakukan di kantor dinas kesehatan kabupaten dengan diundang langsung.

> "…validasi sesama program lainnya terkait data-data yang seharusnya sama. Ketika terjadi ketidakkonsistenan data maka akan ditindaklanjuti dengan konfirmasi ke Puskesmas… hasil temuan tersebut disampaikan juga pada Kepala Puskesmas untuk dilakukan pengawasan agar kegiatan catpor tetap terpantau…"
>
> (Fr, Staf Seksi Kesga Dinas Kesehatan Lombok Barat)

4. Penggantian Fe

Program Fe lengkap dengan multivitamin merupakan salah satu terobosan Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat sebagai solusi meningkatkan konsumsi tablet besi pada ibu hamil.

> "...seringkali ketika ibu hamil datang kontrol bulan berikutnya… obatnya masih? Masiih, kenapa tidak diminum? Ada yang bilang lupa, ada juga yang bilang ga suka baunya. Ketika bidan desanya kunjungan rumah, itu mengumpul ternyata Fe tidak diminum…"
>
> (Fr, Staf Seksi Kesga Dinas Kesehatan Lombok Barat)

Adanya keluhan yang dilontarkan para ibu hamil karena baunya membuat mual dan rasanya yang *eneg* sehingga seringkali tidak diminum. Sebagai solusi pada tahun 2009 diputuskan untuk mengganti tablet Fe program dengan tablet Fe yang lebih *acceptable* untuk ibu hamil, dengan kelebihan tidak berbau dan tidak bikin *eneg*." …ketika diganti dengan multi vitamin itu mereka mau (minum), karena dilihat dari kemasan dan memang aroma ga ada kan ya...," jelas Fr.

Pada awalnya program pengadaan Fe lengkap dan multivitamin ini menggunakan anggaran Pemda setempat, namun tidak lama kemudian Dinas Provinsi Nusa Tenggara Barat mengambil alih penyediaan paket multivitamin tersebut. Tetapi karena keterbatasan anggaran, saat ini peruntukkannya masih diprioritaskan bagi ibu hamil yang anemia dan yang KEK saja.

Program kejutan lainnya masih tentang anemia, bahwa kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) salah satu faktor penyebab adalah adanya anemia pada ibu hamil. Sehubungan dengan hal tersebut Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat bekerja sama dengan Dinas Pendidikan melakukan penjaringan anemia sedini mungkin dimulai dari usia remaja.

Setiap remaja pada saat penerimaan siswa baru (PSB) ke SMP dilakukan pemeriksaan Hemoglobin (Hb) untuk menentukan kondisi anemia di kalangan remaja tersebut. Kegiatan ini diinisiasi di tahun 2012, dan hasilnya diketahui bahwa 43% remaja puteri anemia.

Tindak lanjut dari penjaringan anemia di kalangan remaja puteri, data diteruskan ke Puskesmas di wilayah sekolah di mana remaja puteri tersebut bersekolah. Puskesmas melakukan *mapping* terhadap data anemia remaja puteri untuk *goal execution* melalui distribusi tablet Fe.

5.4 Puskesmas Gunungsari, Puskesmas Prestasi

Puskesmas Gunungsari merupakan salah satu dari 16 Puskesmas yang ada di Kabupaten Lombok Barat, dengan luas wilayah mencapai 28,86 Km^2. Wilayah kerja Puskesmas Gunungsari mencakup 7 Desa merupakan kombinasi antara daerah daratan dan pegunungan (perbukitan) di wilayah Utara.

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Puskesmas Gunungsari didukung oleh sarana dan prasarana yang terdiri dari 3 unit Puskesmas Pembantu dan 7 unit Poskesdes, serta dukungan partisipasi masyarakat dalam bentuk 60 Posyandu (Profil Puskesmas Gunungsari, 2013)

Gambar 5.10 Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat Provinsi NTB

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Capaian cakupan kunjungan ibu hamil satu kali pada trimester pertama (K1) dan dua kali pada trimester ketiga (K4) setiap tahun melebihi target mulai dari tahun 2012-2014 (Gambar 5.11), menjadikan salah satu faktor memilih Puskesmas Gunungsari sebagai lokasi yang direkomendasikan untuk studi kasus indikator pelayanan kesehatan ibu hamil," ...di Gunungsari justru sekarang menjadi Puskesmas prestasi, Puskesmas dengan tempat perawatan... bisa jadi lokasi untuk studi kasus pelayanan ibu hamil dan persalinan...,"penuturan AA (51 tahun).

Gambar 5.11 Cakupan K1 dan K4 Tahun 2012-2014 di Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat

Berdasarkan penuturan bidan koordinator Puskesmas Gunungsari salah satu upaya inovasi untuk mempertahankan cakupan K1 dan K4 dilakukan penjaringan pasangan pengantin baru oleh kader. Pemantauan pengantin baru dilakukan agar tidak kecolongan sebagai target cakupan K1 dan K4. Bentuk upaya inovasi seperti ini merupakan pembelajaran yang bisa dijadikan *role model* dan direplikasi oleh Puskesmas di daerah lain.

5.4.1 Optimalisasi Program-program Nasional

Puskesmas Gunungsari dipimpin oleh seorang *nurse* yang sebelumnya sudah tertempa di Puskesmas Meninting tidak jauh dari lokasi Puskesmas Gunungsari. Didukung oleh 15 tenaga bidan, 8 bidan desa di Puskesmas dan 7 bidan desa di Poskesdes.

Upaya dalam mencapai target *output* pelayanan ibu hamil, bersalin, dan nifas melalui optimalisasi program-program yang ada di antaranya adalah Kelas Ibu. Kelas Ibu adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 20-32 minggu dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Pada Kelas Ibu ini, ibu-ibu hamil belajar bersama, diskusi, dan tukar pengalaman tentang kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh, sistematis, dan dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan.

Seperti penuturan pemegang program kesehatan ibu dan anak yang sudah sepuluh tahun mengabdi, bahwa di Puskesmas Gunungsari sudah mulai "curi" *start* untuk pelaksanaan Kelas Ibu, jadi sebelum dicanangkan secara nasional sudah mengaplikasikan lebih dulu.

> "...cakupan sudah bagus dari tahun ke tahun, ada wilayah pegunungan di Tamansari dan Guntur Macan, yang selebihnya itu *flat*. Ada kegiatan Kelas Jbu itu sangat membantu, jadi sebelum dicanangkan 2009 secara nasional untuk Kelas Ibu walaupun sekadar yaa tidak sebagus saat ini sesuai modul, tetapi yang jelas untuk materi kesehatan ibu dan anak itu ada, untuk Puskesmas Gunungsari sudah memulai duluan di tahun 2007..."
>
> (Hai, Bidan Koordinator Puskemas Gunungsari)

Kegiatan penyuluhan tentang kesehatan ibu dan anak sebelum adanya pencanangan Program Kelas Ibu, di Puskesmas Gunungsari sudah memulai secara sederhana. Digawangi oleh seorang dokter yang diakui (oleh Hai) seorang yang sangat aktif. Tanpa adanya anggaran dapat menyelenggarakan pertemuan di mana informasi tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak tersampaikan.

> "...dulu kami punya dokter yang sangat aktif, mungkin beliau nyari-nyari sumber itu ya, mungkin diterapkan di sini. Jadi

kami tanpa ada pendanaan dari manapun kita melaksanakan kita mulai dari Puskesmas ke Puskesmas dulu dari semua desa yang ada di wilayah Gunungsari itu. Dilaksanakan di Puskesmas, ditunjuk untuk satu penanggung jawab…”

(Hai, Bidan Koordinator Puskemas Gunungsari)

Kegiatan penyuluhan diisi dengan materi tentang bagaimana menyusui dengan benar, perawatan bayi, perawatan ibu, dari mulai kehamilan sampai dengan melahirkan, juga tentang kontrasepsi. Materi tidak jauh berbeda dengan informasi Program Kelas Ibu yang saat ini dilakukan, perbedaannya kalau saat ini sudah lebih terarah dengan tambahan senam hamil.

Program Kelas Ibu direspon positif, pelaksanaannya dilakukan di masing-masing desa. Jadwal selain diinformasikan melalui bidan desa juga ditulis di “Permakluman” atau papan pengumuman bahwa ada kegiatan Kelas Ibu. Materi menarik selain senam hamil juga ada pijat bayi yang disambut antusias masyarakat. Namun bukan berarti sudah sempurna, seringkali ibu hamil hadir sendiri tanpa pendampingan pada pelaksanaan kelas ibu. Mengingat Program Kelas Ibu salah satu tujuannya adalah pendampingan dari suami atau anggota keluarga lain yang mempunyai pengaruh kuat pada ibu hamil.

“…permasalahan, tingkat kehadiran suami atau keluarga harus ada, ini yang masih sulit. Kebanyakan alasannya karena bekerja, tentunya nenek-nenek itu yang kami harapkan ya keluarga dan orang-orang tua itu karena mereka yang berperan dalam pengambilan keputusan…”

(Hai, Bidan Koordinator Puskemas Gunungsari)

Salah satu tujuan Program Kelas Ibu dengan melibatkan suami dan anggota keluarga lain merupakan bagian perilaku pencegahan. Mengingat salah satu kendala percepatan upaya

menurunkan kasus kematian ibu adalah adanya tiga keterlambatan, salah satu di antaranya adalah terlambat mengenali bahaya dan mengambil keputusan untuk mencari pertolongan. Harapannya, keikutsertaan suami dan anggota keluarga di Program Kelas Ibu, mereka dapat mengetahui tanda-tanda persalinan beresiko sehingga dapat mengambil keputusan dengan cepat dan tepat.

Selain Program Kelas Ibu, capaian persalinan ditolong tenaga kesehatan Puskesmas Gunungsari terpacu (Gambar 5.12.) melalui optimalisasi salah satu program nasional yang bertujuan untuk meningkatkan cakupan mutu dan pelayanan kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir yaitu Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).

> "…P4K atau program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi, dilakukan dua kali dalam satu tahun yang melibatkan lintas sektoral… camat, PKK kecamatan, kepala desa, PKK desa, semua bidan desa yang dilakukan di Puskesmas. Semua hasil cakupan selama periode tertentu dan permasalahan yang didapatkan dipaparkan dan dibahas bagaimana rencana tindak lanjutnya dari para pengambil kebijakan tersebut…"
>
> (Hai, bidan koordinator Puskemas Gunungsari)

Program P4K bersinergi dengan keberadaan program Desa Siaga, yang mendorong masyarakat desa lebih siap mencegah dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri. Salah satunya adalah dibentuknya kelompok calon pendonor darah, terkait pencegahan komplikasi, juga keberadaan ambulans desa. Di Kabupaten Lombok Barat, ambulans desa diartikan sebagai semua alat transportasi yang dapat membawa ibu hamil ke fasyankes untuk bersalin, yaitu mulai dari mobil *pick up*, motor, *cidomo*, sampai

Gambar 5.12 Cakupan Persalinan ditolong Tenaga Kesehatan dan Persalinan di Fasilitas Kesehatan Tahun 2012-2014 Puskesmas Gunungsari, Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Profil Puskesmas Gunungsari Kabupaten Lombok Barat

dengan tandu yang digotong oleh masyarakat (lihat Gambar 5.13). Berikut pernyataan salah satu ibu hamil dari Dusun Limbungan Desa Tamansari:

> "...pernah sih saya masuk Puskesmas waktu saya pendarahan pada kehamilan yang ketiga... keguguran pake Jamkesmas, diantar suami naik *open kap*[5] pinjam tetangga. *Open kap* peminzaman tidak bayar..."
>
> (Ru', 27 tahun)

5 *Open kap* adalah kendaraan roda empat jenis bak terbuka (*Pick Up*) yang difungsikan sebagai salah satu ambulans desa.

Gambar 5.13 Ambulans Desa (Kendaraan yang digunakan untuk mencapai fasilitas layanan persalinan) di Dusun Limbungan, Desa Tamansari, Kecamatan Gunungsari, Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

5.4.2 Kerja Sama Lintas Sektor

Sebagai pengendali di bidang kesehatan di tujuh desa di wilayah Kecamatan Gunungsari, Puskesmas Gunungsari terbilang cukup piawai menggandeng unsur-unsur lain dalam pemerintahan dan masyarakat untuk bekerja sama. Tercatat setidaknya ada tiga pihak yang bekerja sama secara aktif dengan Puskesmas Gunungsari untuk memajukan bidang kesehatan di wilayahnya.

PNPM merupakan salah satu program pemerintah yang dalam pengamatan peneliti terlihat cukup aktif melakukan kegiatannya bersinergi dengan Puskesmas Gunungsari dalam banyak kegiatan. Beberapa kegiatan di antaranya menyasar pada kelompok-kelompok khusus yang rentan secara kesehatan.

> “Kita memang ada kerja sama dengan beberapa itu… GSC (PNPM). Di beberapa tempat… koordinasinya bagus begitu… memang sih dari Dinas (Kesehatan) sudah ada koordinasi, tetapi di masing-masing kecamatan sering implementasinya agak berbeda begitu. Kalo di sini (Gunungsari) kerja samanya sesungguhnya sudah cukup baik, terutama dalam hal untuk

kesehatan bayi, balita dan kesehatan ibu. Salah satunya di kelas ibu hamil, kita berbagi, termasuk kelas gizi yang sasarannya ibu balita… ini kelanjutan dari kelas ibu hamil. Bahkan sekarang ada kelas ibu balita… yang isinya adalah ibu-ibu yang balitanya berpotensi ada masalah. Juga ada kegiatan lain… peningkatan kompetensi kader…”

(AR, Kepala Puskesmas Gunungsari)

PNPM yang secara organisasi menginduk pada Departemen Dalam Negeri ini di wilayah Puskesmas Gunungsari hadir dengan spesifikasi kegiatan yang secara khusus berbeda (Bahasan lebih mendalam seperti diuraikan pada Bab 2).

PNPM MP lebih banyak bergerak untuk pembangunan secara fisik, misalnya pembangunan jalan, sarana MCK, pengadaan perpipaan untuk memperluas jangkauan air bersih, membangun gedung Posyandu, Poskesdes, dan sebagainya. Sedang PNPM GSC lebih terspesifikasi untuk peningkatan pembangunan secara non fisik, misalnya penyelenggaraan kelas ibu, kelas gizi, kelas balita, termasuk pengadaan PMT untuk balita yang mengalami gangguan status gizi.

“Kalo untuk bentuk kerja samanya… mereka kan ada anggaran… itu tersebar di masing-masing desa…dan di mana itu penggunaannya melalui ada istilahnya perencanaan…mulai dari dusun, desa sampai pelaksanaanya di tingkat kecamatan. Mereka (PNPM) menyediakan anggaran untuk biaya penyelenggaraan kegiatannya… ada untuk bahan kontaknya… untuk transport… untuk demonstrasi menu itu (bahan makanan). Ada juga kelas gizi itu untuk *berayan*[6]… sedang dari Puskesmas menyediakan tenaganya… untuk teknis…”

(AR, Kepala Puskesmas Gunungsari)

6 *Berayan* adalah istilah dalam Bahasa Sasak untuk acara makan bersama. *Berayan* dilakukan pada kelas gizi setelah dilakukan praktek pengolahan makanan berbahan lokal.

Kerja sama dengan PNPM bukanlah satu-satunya prestasi kerja sama yang dibukukan oleh Puskesmas Gunungsari. Beberapa institusi pendidikan juga tercatat melakukan nota kesepakatan (*memorandum of understanding*/MOU) dengan pihak Puskesmas.

> "...kalo yang swasta, saat ini kita ada MOU dengan beberapa institusi pendidikan... ada YARSI[7] misalnya... itu ada AKPER (Akademi Keperawatan), ada S1-nya, ada akademi Kebidanan. Kerja sama dalam... misalnya kita membuat semacam program desa PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat). Juga MOU dengan beberapa institusi pendidikan untuk praktek lapangan (mahasiswa)nya di wilayah Puskesmas Gunungsari ini..."
>
> (AR, Kepala Puskesmas Gunungsari)

Dalam pengamatan peneliti, Puskesmas Gunungsari juga piawai dalam menggandeng tokoh-tokoh masyarakat serta beberapa lembaga swadaya masyarakat yang ada di wilayahnya. Salah satu buktinya adalah terpampangnya baliho "Maklumat Kerja Sama" dengan ukuran cukup besar setara baliho komersial di jalan protokol di depan Puskesmas Gunungsari. Maklumat kerja sama ini ditandatangani oleh Kepala Puskesmas Gunungsari, Camat Gunungsari, dan Badan Peduli Kesehatan Masyarakat (BKPM) Kecamatan Gunungsari.

7 Yayasan Rumah Sakit Islam, sebuah yayasan yang bergerak di bidang kesehatan dan pendidikan.

Gambar 5.14 Baliho Maklumat Kerja Sama antara Puskesmas Gunungsari, Camat Gunungsari dan Badan Peduli Kesehatan Masyarakat Kecamatan Gunungsari

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Hasil penelusuran dokumen oleh peneliti juga menemukan kerja sama lain yang tercatat cukup apik. Kali ini pihak Puskesmas Gunungsari menggandeng pihak Kecamatan serta Polsek Gunungsari untuk melakukan kampanye tentang bahaya HIV/AIDS. Kerja sama ini sempat terekam media setempat sebagai sebuah berita.

Puskesmas Kampanye HIV/AIDS

Gambar 5.15 Berita tentang Kampanye HIV/AIDS yang dilakukan oleh Puskesmas Gunungsari, berkerja sama dengan Kecamatan dan Polsek Gunungsari

Sumber: Lombok Pos, 02 Desember 2014

5.5 Tantangan itu "ADA": antara *Provider*, Pemanfaat Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan *Papuk Jawi*

Anomali selalu saja hadir di antara serentetan capaian atas kerja keras dan cerdas tenaga kesehatan selaku *provider* dan masyarakat itu sendiri selain sebagai pelaku juga pemanfaat fasyankes. Keberadaan dukun bayi sebagai penolong persalinan bukan hal baru. Hal yang sama juga terjadi di Dusun Limbungan Desa Tamansari yang termasuk wilayah kerja Puskesmas Gunungsari. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan setiap tahunnya tidak selalu mencapai 100%, karena di salah satu

dusun dan hanya di dusun itu saja ibu hamilnya lebih memilih melahirkan di rumah dengan pertolongan seorang dukun kampung yang cukup populer dengan panggilan *Papuk*[8] *Jawi*.

> "...Masalah kita ada salah satu dusun yang persalinannya masih pergi ke dukun, naaah... itulah masalah kita... seperti yang disampaikan oleh bidan kami kemarin itu, kamilah yang paling terbebani dengan keberadaan dukun ini. Misalnya ada Kelas Ibu, dukun ini ikut memang sesuai harapan kami dukun ini bisa ikut. Namun di belakang seperti mematahkan apa-apa yang kami sampaikan kepada ibu-ibu tersebut misalnya tidak ada pantangan makanan dari kami untuk ibu hamil langsung dibantahnya. Sampai bidan kami tidak bisa keluar suaranya pernah..."
>
> (Hai, Bidan Koordinator Puskesmas Gunungsari)

Solusi dilakukan mulai dari sentuhan paling halus (dukun bermitra dengan bidan) sampai dengan tindakan represif (dijerat dengan *awig-awig*[9]*)* menghadapi tantangan yang ada sebagai bentuk solusi. Namun upaya maksimal tidak selalu seiring dengan hasil yang diharapkan. Beberapa studi kasus berikut merupakan upaya peneliti mencoba mengurai benang kusut, melihat perspektif dari berbagai pihak terhadap fenomena yang ada.

> "...kalau pendekatan kita kepada yang satu ini sudah maksimal... *awig-awig* dibuat di level desa, sebagai bentuk represif kepada praktek dukun... tapi tidak sampai terlaksana karena para perangkat desa tidak berani, takut nanti dikerjai sama dukunnya..."
>
> (Hai, Bidan Koordinator Puskesmas Gunungsari)

---

8 Nenek (bahasa Sasak)

9 *Awig-awig* adalah peraturan tertulis yang telah disepakati bersama seluruh komponen masyarakat dalam satu wilayah.

5.5.1 Cerita Mereka; Para Pemanfaat Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pada sub pokok bahasan ini dibahas tentang studi kasus persalinan di wilayah Puskesmas Gunungsari baik yang persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan di fasyankes maupun yang ditolong oleh non tenaga kesehatan.

Studi Kasus Ibu Ri

Ri, perempuan Sasak yang berumur 30 tahun ini mengaku melahirkan di Puskesmas Gunungsari dan ditolong oleh bidan pada saat melakukan persalinannya yang terakhir. Perempuan yang mengaku sebagai ibu rumah tangga ini melakukan persalinan pada tanggal 10 Februari 2014 secara normal.

Tidak ada alasan khusus bagi Ri ketika memilih Puskesmas Gunungsari sebagai tempatnya melakukan persalinan. Bagaimana tidak? Puskesmas Gunungsari hanya berjarak sekitar 200 meter dari rumah perempuan yang sudah melahirkan dua putra ini, maka alasan kedekatan secara jarak dan alasan kecepatan dalam melakukan akses terlontar begitu saja dari mulut perempuan yang mempunyai suami berprofesi sebagai tukang ini. “Rumah saya dekat saja pak… iya ituu, memilih ke sini karena lebih dekat… lebih cepat saja….”

Di sisi lain Ri mengaku bahwa Puskesmas Gunungsari merupakan fasyankes satu-satunya di sekitar rumahnya, yang bisa memberi pelayanan persalinan yang dia ketahui. Tidak ada alternatif rasional fasyankes lain. Fasilitas lain yang dia ketahui adalah Rumah Sakit Patut Patuh Patju di ibu kota kabupaten (Gerung), yang jaraknya cukup jauh ke arah Selatan.

Ri mengaku memiliki kartu kepesertaan JKN yang berwarna biru (Peserta Jamkesmas[10]), yang membuatnya tidak perlu mengeluarkan biaya sepeserpun untuk mendapatkan pelayanan di satu dari dua Puskesmas yang ada di wilayah Kecamatan Gunungsari ini.

Tidak ada hambatan berarti bagi Ri untuk melakukan akses ke Puskesmas, baik akses secara jarak maupun biaya, membuat Ri dengan mudah memutuskan untuk melakukan persalinan di Puskesmas Gunungsari. Apalagi Ri sudah punya pengalaman persalinan dari anak yang pertama.

Studi Kasus Ibu Nik

Nik, perempuan berumur 32 tahun ini mempunyai rumah yang juga berjarak tidak terlalu jauh dari Puskesmas Gunungsari, hanya sekitar 250 meter saja. Berjalan kaki pun tidak sampai mengeluarkan banyak keringat.

Persalinan anak ke-tiga Nik dilakukan pada tanggal 30 September 2014. Berbeda dengan ibu Ri, ibu Nik yang mempunyai suami seorang sopir ini melakukan persalinannya di Rumah Sakit Patut Patuh Patju di Gerung, meski pada awalnya berniat melakukan persalinan di Puskesmas Gunungsari. Adanya faktor penyulit membuat Nik harus dirujuk ke Rumah Sakit.

Perempuan yang anak sulungnya sudah menduduki kelas 4 sekolah dasar ini melakukan persalinan di Rumah Sakit secara operasi *caesar*. Nik harus dirawat inap selama dua hari sebelum diperbolehkan pulang.

---

10 Jamkesmas adalah Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat.

Nik mengaku tidak mengeluarkan uang sepeserpun saat melakukan akses ke Puskesmas Gunungsari sampai dengan saat operasi *caesar* di Rumah Sakit Patut Patuh Patju.

> "Saya tidak ada keluar biaya sama sekali pak. Dari Puskesmas… trus diantar ambulans ke Gerung, operasi di rumah sakit, juga rawat inap… keluar biaya hanya untuk makan suami yang menunggui dan kendaraan saat pulang saja…"

Nik mengaku memiliki kartu JKN berwarna putih. Kartu jaminan jenis ini menurut Kepala Puskesmas Gunungsari merupakan kartu peserta JKN secara mandiri yang iuran kepesertaan bulanannya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah.

> "…iyaa… itu kartu peserta mandiri pak. Kabupaten Lombok Barat mempunyai kebijakan yang berupa Jamkesmasda[11]. Pemerintah kabupaten mengikut-sertakan masyarakat miskin dalam JKN. Di sini yang didaftarkan adalah yang belum ter*cover* oleh program Jamkesmas…"

Akses jarak secara fisik dari rumah Nik ke Rumah Sakit Patut Patuh Patju yang cukup jauh bukan merupakan sebuah halangan. Hal ini lebih dikarenakan tidak adanya masalah pada akses secara biaya, apalagi biaya rujukan merupakan salah satu *benefit package* dari jaminan pembiayaan JKN yang dimiliki oleh Nik.

Studi Kasus Ibu Zal

Ibu Zal, seorang ibu berusia 42 tahun dari sebuah desa tak jauh dari Puskesmas. Dia memilih melakukan persalinan anak keduanya di Puskesmas tiga bulan lalu. Bagi ibu yang hanya berpendidikan sekolah dasar ini motivasi dari bidan dan

---

11 Jamkesmasda atau Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah; adalah Jaminan kesehatan yang dikelola oleh Pemerintah Kabupaten Lombok Barat.

dukungan dari suami penting untuknya melakukan persalinan di fasyankes. “Pokoknya jangan ke mana-mana dulu sebelum ke Puskesmas...,” kata suaminya yang berprofesi sebagai seorang penjahit.

Dalam memilih tempat persalinan, suami menyarankan untuk ke fasyankes terlebih dahulu. Keluarga merupakan sumber dukungan yang mempengaruhi individu dalam memilih fasyankes. Keluarga yang di dalamnya terdapat orang tua, suami, anak merupakan unit terkecil dalam masyarakat di mana di dalamnya terdapat proses pengambilan keputusan termasuk dalam penggunaan fasyankes.

Selain peran suami, pengetahuan yang didapatkan ibu selama Posyandu turut mempengaruhi pertimbangan dalam pengambilan keputusan. Menurut ibu Zal, persalinan bukan di tenaga kesehatan akan menimbulkan resiko kesehatan.

Studi Kasus Ibu Jam

Sebut saja ibu Jam, seorang ibu muda berusia 35 tahun yang sedang hamil 6 bulan untuk anak ketiganya. Ibu Jam menikah pada usia 18 tahun, putra pertamanya sudah kelas 1 SMA. Tinggal di sebuah dusun yang cukup jauh dari Puskesmas. Dari jalan raya, diperlukan perjalanan sekitar 15 menit dengan kendaraan bermotor dengan kondisi jalan bergelombang. Berlatar belakang pendidikan yang rendah, Jam dan suami hanya sempat bersekolah hingga sekolah dasar namun tidak tamat. Saat ini suami bekerja sebagai tukang kayu yang biasa membuat *beruga*, sebuah *saung* yang biasa digunakan untuk berteduh di tepi pantai.

Seperti halnya persalinan anak pertama dan keduanya, keinginan untuk kembali melahirkan di rumah diucapkan saat ditanya di mana rencana tempat persalinan anak ketiganya yang diperkirakan lahir bulan Juli tahun ini. Anak pertama dan keduanya dilahirkan dirumah, dibantu *Papuk Jawi*.

Papuk Jawi adalah sebutan seorang dukun bayi yang biasa menolong persalinan di rumahnya. Seorang nenek yang berusia 80 tahun itu dipercaya menjadi dukun bayi sejak puluhan tahun lalu. Tinggal tak jauh dari rumah ibu Jam, *Papuk Jawi* biasanya datang kalau dipanggil untuk membantu persalinan di rumah. *Papuk Jawi* tidak pernah menentukan tarif untuk menolong persalinan, hanya biasanya apabila dipanggil ke rumah, pasien biasa memberikan lebih dibandingkan biaya jika datang ke rumah *Papuk Jawi*. Beras dan sedikit uang begitulah orang-orang membayar biaya persalinan.

Bagi Ibu Jam pemilihan tempat persalinan di rumah berdasarkan pengalaman melahirkan sebelumnya yang mudah dan tidak lama. Melahirkan di Puskesmas lebih sulit baginya karena letaknya lebih jauh. Memanggil kendaraan yang ada di Puskesmas dan hambatan perjalanan baginya menjadikan waktu untuk menunggu dan mencapai Puskesmas lebih lama.

Dusun Limbangan tak memiliki Poskesdes di wilayahnya. Poskesdes terletak di dusun lain yang letaknya lebih jauh dibanding jarak ke Puskesmas. *Pick up* yang disiapkan sebagai kendaraan siaga di dusun ini tak selalu tersedia, *ojek* juga tidak ada, itulah kondisi yang ada di sekitar Ibu Jam. Memilih *Papuk Jawi* sebagai penolong persalinan yang bisa dilaksanakan di rumah jauh lebih mudah.

Studi Kasus Ru’

Ru’ (27 tahun) seorang Ibu Rumah Tangga bersuamikan Az (32 tahun) yang bekerja sebagai tukang, sedang mengandung janin yang keempat. Diberi kesempatan hamil empat kali dengan mengalami dua kali keguguran meskipun tidak semua terlahir ke dunia (keguguran) saat ini dua putra berusia 12 tahun dan 8 tahun yang mengisi keramaian rumah tangganya. Menikah di usia 16 tahun dengan mengenyam pendidikan tidak sampai tamat SD, tidak mengurangi kebahagiaan atas kehamilannya.

Semua persalinan kedua putranya dilakukan di rumah dengan pertolongan seorang dukun bayi kampung setempat. Ketika ditanya alasan pemilihan tempat persalinan jawaban santaipun meluncur,

> “…lahiran pertama dan kedua di rumah dibantu *Puk Jawi*, *Puk Jawi* sudah ada sebelum lahiran... lahiran yang ketiga, belum tau ini besok… hahaha… kalau ke luar di rumah ya di rumah… kalau di Puskesmas yaa di Puskesmas…”

> Saat ini kehamilannya sudah memasuki usia 2 bulan, pengakuan Ru’ merupakan hasil pemeriksaan di Posyandu “…periksa kehamilan di Posyandu, katanya sudah dua bulan tetapi belum dikasih buku…”.

Obrolan berlanjut lebih jauh menelisik alasan pemilihan melahirkan di rumah dilihat dari besarnya biaya yang dikeluarkan. Ru’ dengan spontan menjawab melahirkan di *Papuk Jawi* hanya Rp20.000,- ditambah beras 1 kg. Jika saat melahirkan tidak ada uang maka tidak dibayarpun tidak apa-apa. Berbeda dengan di Puskesmas menurutnya, meskipun jawabannya ragu-ragu,

> “…ndak sih kalau punya Jamkesmas, nda tau kalau yang nda punya… bikin surat apa itu… kalau ga punya surat bayar, kalau punya Jamkesmas katanya gratis, harus ngurusnya ke Gerung katanya… sekarang kan lain sama dulu, zaman-zaman dulu

> cuma KTP sudah bisa dibawa ke Puskesmas, kalau sekarang kan semua harus dicariin surat-suratnya…"

Pertanyaan selanjutnya dijawab sambil malu-malu ketika ditanyakan lebih senang melahirkan di Puskesmas atau di *Papuk Jawi*,

> "sama saja dua-duanya…, kalau *Puk Jawi*' digini-giniin (tangan memegang perut sambil memijit mijit bagian perut), kalau di bu bidan tidak… soalnya sering keluarnya malam-malam... Jam berapa itu jam sebelas… Bu Leli kan jauh, nda tau saya tempatnya… lebih jauh Puskesmas siiih hahahaha…"

Waktu melahirkan seringkali malam hari menjadikan salah satu dari beberapa alasan lain Ru' memilih di *Puk Jawi*.

Studi kasus Mar

Mar (29 tahun), ibu hamil dengan usia kehamilan 5 bulan menuturkan. Kehamilan kali ini adalah kehamilan yang ketiga, dengan dua anak sebelumnya dilahirkan di rumah dibantu oleh *Papuk Jawi* atau dukun kampung. Maz (35 tahun) suami Mar menyarankan agar melahirkan di *Puk Jawi* saja untuk persalinan anak ketiga ini.

Pendidikan Mar sampai kelas 2 SD, berbeda dengan suami-nya yang menyelesaikan pendidikan sampai dengan sekolah menengah atas. Suami Mar asli Limbungan, sedangkan Mar berasal dari Pejeruk. Mar menikah pada usia yang cukup muda, 19 tahun.

"…eeeh Cuma bayar lima ribuu, ndak pernah saya di Puskesmas…,"demikian penuturan Mar ketika ditanyakan biaya persalinan dengan ditolong *Puk Jawi* yang hanya berjarak lebih kurang 200 meter dari rumahnya.

> “…lebih senang ke *Puk Jawi*, disuruh sama suami ndak usah ke Puskesmas ke *Puk Jawi* aja… bagusan ke *Puk Jawi* aja… lebih enak dipijit-pijit… yang ketiga juga rencana di rumah aja… di *Puk Jawi* aja…”

Harga pelayanan yang diberikan *Papuk Jawi* hanya pada saat persalinan saja. *Papuk Jawi* tetap memberikan pelayanan paska persalinan, dengan datang berkunjung, dan tidak perlu mengeluarkan biaya lagi untuk pelayanan lanjutan itu. Terkecuali ketika *Papuk Jawi* memberi ramuan merah yang dibayar antara Rp10.000,- - Rp15.000,- per botol.

Hal Berbeda ketika anak atau anggota keluarganya jatuh sakit, Mar menjatuhkan pilihan untuk berobat ke dokter praktek:

> “…berobat ke dokter pun dokter yang bekerja di rumah sakit umum buka praktek di rumah, bayar Rp15.000,- - Rp20.000,- kalau di Puskesmas obatnya “tidak bisa”, tidak manjur obatnya. *Puk Jawi* khusus yang hamil dan melahirkan, yang jatuh kalau sakit ke dokter…”

Studi Kasus ‘Nab

Rumah informan terletak di Dusun Limbungan, salah satu Dusun di Desa Tamansari sebagai salah satu wilayah kerja dari 6 desa Puskesmas Gunungsari, membutuhkan waktu lebih kurang 15 menit bagi peneliti mencapai lokasi tersebut. Seorang ibu berusia 38 tahun dengan riwayat melahirkan sebanyak empat kali dan semua dilakukan di rumah, dengan pertolongan seorang dukun beranak, *Papuk Jawi*. Alasan tersebut mengantarkan peneliti untuk menelisik lebih mendalam atas segala hal sehingga persalinan tidak dilakukan di fasilitas kesehatan.

Pendidikannya hanya ditempuh sampai kelas dua SD, bersuamikan Parhan tamatan SMP dengan usia lima tahun lebih

tua darinya, dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari mengandalkan hasil buruh tukang kayu. Setiap pertanyaan yang diajukan peneliti seringkali kurang dipahami oleh informan yang keseharian menggunakan bahasa daerah Sasak, dan jawaban meluncur tanpa jeda setelah Bidan Nur menterjemahkan pertanyaan ke dalam bahasa Sasak.

'Nab mulai menjawab pertanyaan pertama kami tentang riwayat persalinan keempat anaknya yang semua dilakukan secara normal di rumah. Anak pertama meninggal saat berusia 9 bulan, karena sering jatuh dari ayunan tempat untuk meninabobokan putra pertamanya tersebut. Anak kedua berusia 18 tahun duduk di bangku SMA kelas tiga, sedangkan anak ketiga berusia 10 tahun masih bersekolah kelas 4 SD. Saat wawancara berlangsung tampak di samping kami anak bungsunya dalam ayunan yang lahir di bulan November 2014.

Selanjutnya dengan malu-malu 'Nab mulai menceriterakan riwayat kehamilan sampai dengan persalinan anak bungsunya yang masih berusia 2,5 bulan yang tidak dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Selama kehamilan informan melakukan kunjungan di trimester pertama, kedua, dan ketiga di Posyandu, bahkan ketika mendapati kakinya membengkak di trimester tiga karena beban yang mulai berat selain karena usia kehamilan juga pekerjaan sehari-hari, dokter kandungan pun didatangi untuk memeriksakan kehamilannya.

'Nab menuturkan bahwa untuk ketiga anak sebelumnya yang dilahirkan di rumah memang direncanakan demikian, karena dulu belum terlalu "ketat". Ketat diartikan kondisi ketika ketiga anak sebelumnya lahir belum seperti saat ini bahwa melahirkan harus di Puskesmas. Pengakuan 'Nab bahwa anak bungsunya

direncanakan untuk dilahirkan di Puskesmas. Bahkan saat detik-detik menjelang persalinan segala sesuatunya sudah dipersiapkan mulai dari kendaraan untuk membawa dirinya ke Puskesmas, tetapi… "Yaaa… kebrojolan, Bu."

Secara pribadi 'Nab ingin melahirkan di Puskesmas, karena menurut 'Nab lebih aman kalau di Puskesmas. Ketika terjadi kendala saat bersalin, lebih aman di Puskesmas jadi bisa teratasi. Suaminya juga menyarankan dirinya melahirkan di Puskesmas, demikian pengakuan 'Nab. Tidak hanya untuk persalinannya, 'Nab juga memilih berobat ke *baliyan* (dukun) ketika dirinya atau anggota keluarga sakit. Meskipun demikian, 'Nab pernah juga berobat ke dokter untuk kesembuhan anaknya.

> "…kalau bidan kan kalau *keselit* rambutnya kan nda bisa, kalau ke *Puk Jawi* kan bisa, kita dipijit semua badan kita. Kalau ke Puskesmas kan bisa tau anak itu sehat apa tidak, normal apa tidak… klu *Puk Jawi*' kan nda tau…kalau biaya yaa murah ke Puskesmas kan gratis nda ada biaya, kalau *Puk Jawi* bayar…"

5.5.2 Pola Pencarian Pelayanan Persalinan

Studi kasus dari para pemanfaat fasilitas pelayanan kesehatan pada subbab sebelumnya dapat digarisbawahi bahwa pola perilaku pencarian pelayanan persalinan masya-rakat melibatkan banyak faktor. Menurut Lawrence W. Green, kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua hal pokok yaitu faktor perilaku dan di luar perilaku. Selanjutnya perilaku itu sendiri dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu: faktor pemudah (*predisposing factor*), faktor pendukung (*enabling factor*), dan faktor pendorong (*reinforcing factor*) (Notoatmodjo, 2005).

Faktor pemudah (*predisposing factor*) perilaku adalah faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada individu atau masyarakat. Kepercayaan terhadap dukun beranak di kampung setempat ditambah riwayat melahirkan sebelumnya dan pengalaman beberapa pemanfaat dukun beranak lainnya merupakan salah satu faktor pemudah untuk memilih melahirkan di rumah dengan pertolongan dukun beranak. Berkebalikan dengan kondisi Zalimah, input positif dari bidan sebagai tenaga kesehatan mendorongnya untuk memilih layanan persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan. Pengetahuan individu sebagai salah satu faktor pemudah merupakan jalan pembuka menuju perubahan perilaku. Perempuan yang tidak memiliki informasi kesehatan lebih cenderung memilih dukun dibandingkan dengan perempuan yang memiliki akses terhadap informasi kesehatan. Akses tersebut dapat diperoleh melalui pendidikan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, buku-buku atau majalah kesehatan, dan lain-lain (Juariah, 2009).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan proses yang melibatkan keputusan individu yang dipengaruhi kehidupan sosial yang melingkupinya, keluarga, masyarakat sekitar, termasuk profesional kesehatan di wilayahnya. Bidan desa merupakan profesional kesehatan yang ditempatkan di tingkat desa, yang bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya terutama dalam bidang kesehatan ibu dan anak (Depkes, 1996). Bukan hanya sebagai pelaksana namun juga sebagai pendidik, pengelola, dan peneliti. Pengetahuan yang diberikan seorang bidan terhadap masyarakat tentang resiko yang akan dialami ibu melahirkan bukan pada tenaga kesehatan turut menentukan pemilihan layanan persalinan.

Faktor berikutnya yaitu faktor pendukung perilaku (*enabling factor*) yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Dusun Limbungan lebih kurang berjarak 5 kilometer dari Puskesmas Gunungsari yang dapat ditempuh peneliti selama 15 menit menggunakan sepeda motor. Tidak ada kendaraan umum yang dapat mengantar menuju Dusun Limbungan, dengan kondisi fisik jalan yang tidak seluruhnya teraspal (Gambar 5.16). Pintu masuk ke Dusun Limbungan ditandai dengan berakhirnya lapisan aspal pada jalan, dan lebar jalan yang menyempit. Sepanjang jalan menuju ke Dusun Limbungan sisi kanan kiri jalan disuguhi pemandangan berjajar *home industry beruga*, karena sebagian besar penduduknya bekerja sebagai buruh membuat *beruga* tersebut.

Masyarakat Dusun Limbungan lebih dekat mengakses ke Puskesmas dibandingkan ke Poskesdes, namun dari informan yang berhasil diwawancarai, jauh lebih dekat lagi ke rumah dukun beranak yang termahsyur dan teruji dalam menolong persalinan di kampung mereka.

Gambar 5.16 Akses Jalan di Dusun Limbungan Desa Tamansari Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Selain kepercayaan, kemudahan akses menjangkau dukun kampung turut berkontribusi terhadap perilaku pemilihan pelayanan persalinan. Berbeda dengan Ibu Zal, salah seorang ibu yang tinggal tidak jauh dari Puskesmas. Selain jarak yang dekat dan kemudahan akses, didukung adanya sarana transportasi yang bisa mengantarkan ibu Zal ke fasyankes menjelang persalinan. Penggunaan *Kaisar*[12] dan dukungan keluarga yang siap sedia mengantar membuat Ibu Zal tidak mengalami hambatan dalam mencapai layanan persalinan terdekat.

Faktor selanjutnya adalah *reinforcing factor* yaitu faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Seperti diuraikan pada subbab mengenai program Kelas Ibu, yang menitiberatkan pada partisipasi suami dan atau keluarga dalam mendampingi ibu hamil merupakan langkah strategis. Dukungan orang terdekat atas pilihan yang diambil memperkuat terjadinya perilaku. Suami, sebagai kepala keluarga mempunyai peran kuat dalam masyarakat yang kental dengan budaya patriarki di mana struktur menempatkan laki-laki sebagai penguasa tunggal sentral dari segala-galanya. Kepala Dusun (Kadus), merupakan jabatan strategis sebagai pendorong warganya dalam menentukan pilihan termasuk pilihan layanan persalinan.

> "…kalau ada yang harus dirujuk saya mengantar, itu kalau tidak bisa melahirkan di Puskesmas harus dibawa ke RS Gerung itu deh saya urus juga kalau tidak ada bapak… kalau ada yang bandel begitu tidak mau dibawa ke sana… kalau orang yang sekarang-sekarang ini ngertian si dia kalau sudah mau melahirkan dia cari saya, jam dua jam tiga malam bangun saja saya sama bapak…"
>
> (Er, Ibu Kadus Limbungan)

12 *Kaisar* adalah kendaraan bermotor roda tiga, bagian belakang ada bak terbuka menyerupai mobil *pick up*

Menurut Dever (1984) faktor yang mempengaruhi keputusan ibu hamil dalam memilih pelayanan kesehatan di antaranya adalah faktor keterjangkauan sosial (akses sosial), yaitu kemampuan menerima *(acceptability)* termasuk di dalamnya faktor psikologi, faktor social, dan faktor budaya seperti etnis, jenis kelamin, umur, kepercayaan. Kemampuan menghasilkan *(affordability)* termasuk di dalamnya faktor ekonomi seperti kemampuan membayar, dan ada tidaknya asuransi kesehatan. Beberapa pengakuan informan, meskipun biaya persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan gratis, namun preferensi tempat persalinan lebih memilih di rumah dengan mengeluarkan biaya persalinan relatif lebih terjangkau sesuai kemampuan. Kondisi ini memberi gambaran bahwa pemilihan pelayanan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh besarnya biaya yang dikeluarkan namun bergantung juga pada kemudahan mengakses dan kepercayaan pada sistem pelayanan kesehatan yang ada. Seperti keterampilan memijat dukun beranak yang tidak didapatkan dari pelayanan kesehatan modern, juga interaksi personal yang terjalin antara dukun beranak dengan ibu hamil lebih erat ikatannya seperti seorang ibu kepada anaknya. Sentuhan humanis seringkali terabaikan dan tidak dapat digantikan oleh sistem pelayanan kesehatan modern. Karakteristik struktur pelayanan dan proses, berbagai macam bentuk praktek pelayanan kesehatan dan cara memberikan pelayanan kesehatan mengakibatkan pola pemanfaatan yang berbeda.

5.5.3 *Papuk Jawi*, Kontroversi Dukun Bayi Terakhir

Papuk Jawiyah atau nenek *Jawi* adalah figur wanita tua yang sangat bersahaja. Di dalam dirinya masih dapat dijejak peninggalan guratan kecantikan pada masa mudanya. Siapapun

yang ditanya mengenai nama dan alamat rumahnya, akan segera memberikan informasi secepatnya dan memberikan penguatan mengenai siapa dirinya. “Siapa, Pak???... ohh, *Papuk Jawi*, *balian* bayi itu… itu arah rumahnya.”. *Papuk Jawiyah* hingga saat ini namanya masih dikenal secara luas oleh masyarakat setempat dan masyarakat di wilayah kecamatan yang berbeda.

Siapa yang tidak mengenal namanya? bahkan di Puskesmas Gunungsari nama beliau dikenal bak seorang bintang yang memiliki peran besar yang mengharubirukan program Puskesmas. Bahkan namanya menjadi bagian dari menu kosa kata pembicaraan sehari-hari ketika para tenaga kesehatan memperbincangkan kehamilan dan kesehatan ibu. Ia diibaratkan sebagai musuh besar dalam keseharian para tenaga kesehatan. Sebagai musuh, ia harus dilawan, didisiplinkan dan bila perlu ditundukkan tanpa syarat agar kesuksesan program yang dicanangkan tidak meninggalkan bekas-bekas yang tidak mengenakkan.

Kerasnya sikap tenaga kesehatan terhadap *Papuk Jawiyah* lebih disebabkan karena kompetensi keahliannya yang meluluhlantakkan program mereka khususnya mengenai pertolongan persalinan. Memang ia dikenal di masyarakat sebagai dukun atau *balian* bayi yang tidak hanya membantu perawatan namun juga memberikan pelayanan kelahiran di tempat atau di rumah orang-orang yang membutuhkan. Pola pelayanan seperti ini sangat menghegemoni masyarakat sekitar. Apalagi keberadaannya dalam memberikan pelayanan sudah cukup lama dengan tingkat keberhasilannya hingga 100%. “Dari dulu sampai sekarang…, kan tidak ada yang mengalami kasus bayi meninggal,

silahkan… aja kalau mau memenjara, kita tidak salah… mas,” kata Pak Dh (42 tahun) putra pertama *Papuk Jawiyah*.

Jam terbang yang tinggi dan tingkat kematian yang ‘nol’ membuat reputasinya semakin terpercaya dan tambah dikenal luas. Hal ini terbukti, di mana masih banyak ditemukan keluarga ibu hamil masih terpikat dengan mendatanginya untuk meminta bantuan pertolongan persalinan di rumah. “Ada itu FR (26 tahun) rumahnya dekat jembatan, melahirkan dua bulan yang lalu. Kemudian orang yang rumahnya di belakang jemput *Papuk* (red: masyarakat yang tinggal di wilayah perbukitan arah belakang rumah *Papuk Jawi*)” kata *Papuk Jawiyah*. Keterpikatan masyarakat akan keahliannya berasal dari beragam latar belakang.

Keahlian dan semangat pelayanan yang dimiliki, mengukuhkannya sebagai *balian* atau dukun bayi. Profesi ini dilekatkan dan bersanding dengan namanya sejak tahun 1980-an. Ia merupakan salah satu dari dua dukun bayi terakhir yang masih ada dan dikenal masyarakat. Hanya saja, yang membedakan sebagai dukun bayi, ia dikenal sebagai satu-satunya dukun yang masih berani memberikan pelayanan bantuan melahirkan di rumah. Kemampuan dalam memberikan pertolongan kelahiran bagi ibu hamil tidak begitu saja diperolehnya. Hal tersebut tidak lepas dari sejarah pergulatan pencapaian kualitas diri dalam kehidupannya.

Papuk atau Nenek *Jawiyah* saat ini berusia kurang lebih 80 tahun, lebih tua dari usia suaminya. Ia bukan penduduk asli desa Dusun Limbungan, asal-usul genealogisnya berasal dari wilayah Seseleu. Sejak pertemuan pertamanya dengan calon suami dan dilanjutkan dengan perkawinan *merari*, akhirnya ia memutuskan untuk ikut ke desa suaminya. Sejak itu, ia menetap

di desa Dusun Limbungan, Desa Tamansari wilayah Kecamatan Gunungsari hingga saat ini.

Riwayat kompetensi yang menjadi bagian dari kualitas dirinya berkenaan dengan kemampuan membantu ibu bersalin diperoleh melalui proses pencapaian yang unik. Dari aspek kekerabatan, sejarah keluarga besar *Papuk Jawiyah* merupakan keluarga yang juga dikenal luas di daerahnya sebagai keluarga yang memiliki kemampuan dalam perdukunan bayi. Oleh sebab itu, atmosfer kehidupan sehari-hari masa mudanya sangat kental beraroma dengan praktek-praktek kehidupan perdukunan bayi. Akan tetapi, selama masa tumbuh kembang dalam kehidupan keluarganya, ia kurang tertarik untuk mendalami pengetahuan dan praktek-praktek yang berkaitan dengan perdukunan bayi. Hal inilah yang membedakan dengan proses pencapaian yang diperoleh oleh dukun yang lain. Ternyata, kemampuan yang dimilikinya, bukan diperolehnya dari proses pewarisan atau pembelajaran secara langsung dari keluarganya, namun melalui proses yang tidak direncanakan bahkan sangat situasional.

Keinginan menjadi dukun bayi pun belum muncul hingga dia melangsungkan pernikahannya dan berpindah tempat tinggal di Dusun Limbungan. Lalu, mulai kapan ia mendapatkan pengetahuan dan kemampuan tersebut? Ternyata pengetahuan dan kemampuan tersebut didapatkan ketika ia melakukan perjalanan ke wilayah Bayan di Lombok Utara. Itupun terjadi karena ketidaksengajaan, bukan karena keinginan sendiri. Ia mendapatkan pengalaman spiritual dalam proses perjalanannya tersebut selama tinggal di daerah Bayan, Lombok Utara. Wujudnya dalam bentuk kegiatan tirakat tertentu.

Tidak hanya niatan tirakat saja yang tidak rencanakan, kepergian ke wilayah Bayan pun demikian. Semua terjadi karena peristiwa pribadi yang menurutnya kurang menyenangkan dalam hubungan dengan suaminya. Suaminya yang selama ini dipercaya ternyata telah menduakan cintanya. Ia pun marah, kecewa, dan galau ketika mengetahui bahwa ia telah dimadu. Rasa itu selalu menghantuinya dalam kehidupan sehari-hari sehingga mengganggu aktivitas dan hubungan dengan suaminya.

Kegalauan hatinya yang dirasakan sejak ia dimadu oleh suaminya, menguatkan hatinya untuk bertindak. Tindakan yang diambil bisa dikatakan sebagai tindakan yang sangat luar biasa pada masanya bagi seorang wanita. Hal ini disebabkan, Ia telah memutuskan untuk merantau ke wilayah yang sangat jauh dari tempat tinggalnya. Sesuatu yang jarang bahkan tidak pernah dilakukan oleh wanita Sasak.

Wilayah Bayan adalah tempat yang menjadi target tujuan kepergiannya sebagai pelepas rasa kekecewaan hatinya atas putusan yang sudah diambil suaminya. Rencana kepergiannya pun atas sepengetahuan dan ijin suami. Ijin yang diberikan suami lebih disebabkan pandangan suami yang berbeda dengan apa yang dialami oleh *Papuk Jawiyah*. *Papuk Jawiyah* dianggap sedang merantau. “Ia pernah merantau waktu mudanya…,” ungkap suami *Papuk Jawiyah*.

Selama menjalankan kehidupan di Bayan, *Papuk Jawiyah* tetap melakukan aktivitas sehari-hari. Bahkan ia sempat memiliki kebun dan tempat tinggal disana. Ia pun mengenal dan mencoba untuk memetakan wilayah-wilayah yang menurut orang di Bayan memiliki kekuatan ghaib. Wilayah-wilayah tersebut selalu disosialisasikan pada orang baru agar mereka menghindari atau

tidak melakukan perbuatan yang kurang baik menurut ukuran orang setempat.

Salah satu wilayah yang memiliki larangan adalah sebuah telaga. Telaga yang dipercaya orang setempat memiliki kekuatan ghaib dan ada penunggunya berupa jin berjenis kelamin wanita, siapapun boleh mandi di sana namun dilarang bagi wanita yang sedang haid. Pengetahuan seperti ini pun juga telah sampai di telinga *Papuk*. Namun pengetahuan akan larangan begitu diabaikan dan cenderung kurang ditaati betul olehnya. Hal ini disebabkan tekanan kekecewaan yang masih ia rasakan dan sangat membekas.

Pengabaian mengenai pengetahuan tentang adab berperilaku di telaga pernah dilakukannya. Pada suatu saat, ketika ia berjalan di dekat telaga, ia merasakan seakan-akan melihat penampakan kondisi telaga yang berbeda dengan kondisi sebelumnya. Kondisi sebelumnya, air telaga seperti kondisi air pada telaga-telaga yang pernah ia temui. Saat itu telaga berwujud seperti berisi air bercampur minyak dalam kondisi sedang mendidih dan mengeluarkan asap serta aroma tertentu. Ia pun kemudian melanjutkan melakukan sebuah *tirakat* yang sebelumnya telah ia lakukan.

Kegiatan *tirakat* yang dilakukan adalah melakukan kegiatan mandi setiap hari di telaga *wingit* (angker) tersebut. Tujuannya mandi adalah agar dia bisa merelakan dan melupakan peristiwa masa lalu yang dialaminya dan mendapatkan kekuatan dalam mengarungi kehidupan selanjutnya. Tentu saja, pada saat melakukan tirakat kondisinya dalam keadaan bersih dan tidak sedang menstruasi. Bahkan, ketika dalam kondisi sedang menstruasi pun ia memberanikan diri untuk melakukan ritual

mandi di telaga. Kegalauan hatinya menjadi kekuatan dan sumber keberanian untuk melakukan hal ini. Wujud keberanian yang dimilikinya berupa pelanggaran terhadap pantangan bagi wanita yang sedang menstruasi mandi di telaga.

Dampak dari keberanian *Papuk Jawiyah* untuk melanggar pantangan mandi di telaga dalam kondisi haid, menyebabkan dia didatangi jin wanita yang bernama *Papuk* Fatima. Kehadiran jin yang muncul di telaga itu memungkinkan ia mendapatkan kekuatan supranatural. Kekuatan supranatural yang diperolehnya ini, awal mulanya tidak diketahui secara spesifik mengenai hal apa. Hanya saja, semenjak dia mendapatkan kekuatan supranatural dari jin *Papuk* Fatimah tersebut, ia disarankan agar memanfaatkannya sebagai kegiatan untuk menolong orang.

Selama menjalani kehidupan di Bayan, ia mencoba untuk memanfaatkan kekuatan supranaturalnya untuk menolong warga sekitar. Orang pertama yang ditemui dan dibantu adalah warga yang membutuhkan pertolongan berkaitan dengan proses persalinan. Ia mencoba peruntungan dengan menggunakan kekuatan supernatural tadi untuk menyelesaikan persoalan warga yang menghadapi masalah berkaitan dengan persalinan meskipun ia belum memiliki pengalaman sebelumnya.

Kasus pertama yang ditangani berkaitan dengan proses persalinan membuahkan hasil yang sangat memuaskan. Semenjak itu, melalui media lisan atau *getok tular* di wilayah Bayan, kemampuan *Papuk Jawiyah* mulai dikenal warga. Sehingga setiap ada persoalan yang berkaitan dengan persalinan dan perawatan ibu hamil, semua warga di Bayan selalu meminta bantuan kepada *Papuk Jawi*. Selama mengarungi kehidupan di Bayan, sudah ada tiga orang yang dibantu melalui kekuatan yang dimilikinya

dan semuanya berhasil. Hal ini semakin memperkuat citra dan *branding Papuk Jawiyah* sebagai orang yang mampu membantu proses persalinan di rumah.

Kehidupan *Papuk Jawiyah* di Bayan tidak lama. Ketika ia mendengar bahwa suaminya dalam kondisi sakit, akhirnya ia memutuskan untuk kembali ke Desa Limbungan di mana suami-nya tinggal. Di wilayah ini, semenjak kedatangan dari Bayan, ia juga mengalami proses yang sama seperti ketika ia tinggal di Bayan. Tidak seorang pun yang mengetahui bahwa ia memiliki kemampuan untuk membantu wanita yang akan melahirkan. Akan tetapi, setelah dia berhasil membantu orang yang kesulitan ketika akan melahirkan, akhirnya *Papuk Jawi* mulai dikenal di desa ini.

Dengan kemampuan yang dimilikinya dan karakter pri-badi *Papuk Jawiyah* yang penuh perhatian, ngemong, didukung jarangnya fasilitas kesehatan pada masa itu maka kehadirannya merupakan oase. Ia menjadi tumpuan harapan bagi masyarakat setempat dan sekitarnya bila mereka membutuhkan pertolongan untuk melakukan persalinan di rumah maupun di rumah *Papuk Jawiyah*.

Kehadirannya di tengah-tengah kebutuhan akan tenaga yang bisa menyelesaikan persoalan persalinan menyebabkan reputasinya semakin meluas, tidak hanya di desa tersebut namun juga dikenal di desa tetangga dan desa yang jauh jaraknya. Bahkan beberapa warga masyarakat Desa Tamansari sendiri jika tidak melahirkan ditolong *Papuk Jawiyah*, mereka merasa belum pas. Beberapa tokoh masyarakat (Pak Camat setempat dan Ibu Kadus) pernah dilahirkan di tempat *Papuk Jawi*, dan hal ini seringkali dijadikan referensi dalam berargumentasi dengan orang-orang luar.

Gambar 5.17 *Papuk Jawi*, Dukun Beranak di Dusun Limbungan Desa Tamansari Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat (Kiri); Rumah *Papuk Jawi* (kanan)

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Seiring gencarnya upaya program-program kesehatan untuk dapat menyentuh sampai ke lapisan masyarakat terjauh dan tersulit, maka gesekan eksistensi antara tenaga kesehatan dan dukun pun tidak terelakkan. Situasi ini terjadi pula di Dusun Limbungan di mana *Papuk Jawi* berada. Dikotomi itu terjadi di masyarakat Dusun Limbungan antara yang pro dan kontra dengan keberadaan seorang *Papuk Jawiyah*. Bagi keluarga *Papuk,* seperti yang diungkapkan oleh putranya bahwa dengan kemampuan yang dimiliki ibunya hanya berharap bisa membantu warga sekitar yang membutuhkan, "Nda pernah dia ngomong sedikit, ndak pernah yang penting bisa menolong… apalagi kita tidak mengharapkan banyak imbalannya…". Eksistensi, demikian yang tersisa dari seorang *Papuk Jawi* di antara berbagai benturan atas keberadaannya sebagai dukun bayi dengan program kesehatan.

Pandangan berseberangan tentunya ada di pihak seorang Ibu Kadus yang juga kader kesehatan. Amanah yang diemban sebagai kader yang sudah dijalaninya selama satu tahun, memposisikan diri sebagai "lawan" *Papuk Jawiyah*.

> "...di Limbungan ada dua dukun, yang satu bandel yang satu bagus. Bu Muh itu yang bagus, *Puk Jawi* itu yang bandel... bagusnya ketika ada bumil hendak bersalin kemudian dibawa ke Puskesmas tidak dicegah tapi dipersilakan... biar dia bagus melahirkannya, saya ndak apa-apa...".
>
> (ER, Kader Kesehatan Dusun Limbungan)

Menurut ER (Kader Kesehatan Dusun Limbungan), apa yang dilakukan *Papuk Jawiyah* semata-mata karena eksistensinya sebagai dukun terusik, "Itu kayaknya dia merasa mau dikalahkan gitu sama bidan...". Ungkapan yang sama juga terlontar dari putra *Papuk* (Kh, 45 tahun) dengan sedikit terbawa emosi menuturkan, "Bidan itu... iya bidan baru belajar itu... nda tau itu, dia marah-marah katanya... jarang dihiraukan itu... telat bawa ke sana (Puskesmas) dia maraah... saya bilang kalau bidannya marah anggap saja radio rusak...."

Pandangan *Papuk Jawiyah* dan keluarga terhadap jajaran tenaga kesehatan Puskesmas Gunungsari biasa-biasa saja meskipun tidak semua dianggap baik, "Biasa saja... biasa... biasa... tidak mengharapkan apa-apa... tetep bagus... pokoknya tetep bagus menghormati gitu... kita ndak pernah berpikiran gitu... jangan marah ini ujian bagi kita," demikian ungkapan KH (45 tahun). Bagi *Papuk* dan keluarga permasalahan bukan dengan seluruh tenaga kesehatan namun hanya dengan segelintir individu staf di Puskesmas. Pengalaman kurang mengenakkan yang dialami *Papuk Jawiyah* menjadi trauma tersendiri untuk merujuk pasien yang melahirkan dengan penyulit.

“Iya… kalau di Puskesmas nda ada perhatian, kalau di RS tentara itu lumayan… kalau bisa keluar di sini di rumah jangan dibawa, kalau ga bisa keluar di rumah baru dibawa ke Mataram… iya nda dibawa ke Gunungsari…”

(PJ, Dukun Bayi)

Trauma ditegur di depan banyak orang di Puskesmas Gunungsari oleh salah seorang staf, memberikan bekas mendalam bagi *Papuk Jawiyah*.

“Iya… marah sama saya, itu… bidan Puskesmas… di Puskesmas marahnya… marah ndak pernah bawa pasien ke Puskesmas… iiih bidan-bidan kecil itu… malu saya dimarah-marahin pak… diem saya… malu diomel-omelin…”

(PJ, Dukun Bayi)

Penuturan para tenaga kesehatan di Puskesmas Gunungsari, upaya yang mereka lakukan sudah maksimal. Berita yang beredar akan dibuat *awig-awig* sebagai upaya legal menjerat *Papuk Jawiyah* pun sampai ke keluarga *Papuk.* Tanggapan keluarga terhadap upaya represif disikapi tidak terlalu reaktif.

“Yaa nda tau apa masalahnya… kalau dibilang sama saya kan tau saya… nda tau apa masalahnya, saya diem sudah masalah itu. Nanti kalau sudah terjadi saya baru ngomong kaan. Itu belum terjadi, masih cerita, belum ndaa… tapi kalau dia nekat misalnya, orang-orang itu bawa polisi yaa kepaksa sih saya ngomong…”

(Kh, 45 tahun)

Bab 6

KESEHATAN LINGKUNGAN

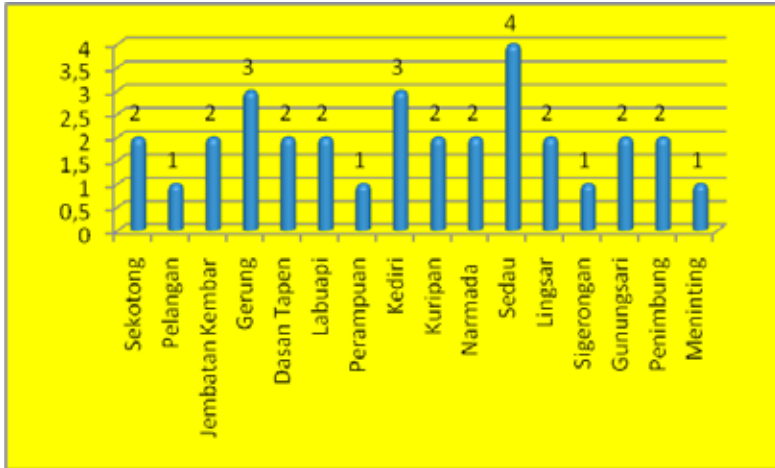
Pada bab 6 ini akan diuraikan tentang pembangunan yang telah dicapai oleh Kabupaten Lombok Barat dalam hal kesehatan lingkungan. Secara khusus topik kesehatan lingkungan dibatasi terutama tentang masalah aksesibilitas masyarakat terhadap air bersih serta akses masyarakat terhadap sanitasi.

Informasi awal didapatkan dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan Riskesdas tahun 2013. Selanjutnya data sekunder lain yang dijadikan bahan telaahan adalah laporan yang dirilis oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, baik yang didapatkan peneliti dari profil kesehatan maupun yang didapatkan secara langsung dari pemegang program.

Selain data sekunder, untuk triangulasi peneliti juga mengumpulkan data primer secara langsung kepada masyarakat dan para pelaku di lapangan. Data primer ini selanjutnya disajikan sebagai sebuah studi kasus tentang kondisi akses terhadap air bersih dan pengelolaannya, serta studi kasus tentang akses sanitasi yang ada di masyarakat.

6.1 Situasi Sumber Daya Tenaga Sanitasi

Secara umum sudah terdapat tenaga sanitasi pada masing-masing Puskesmas di wilayah Kabupaten Lombok Barat. Distribusi keberadaan tenaga sanitasi antara 1-4 tenaga per Puskesmas.

Secara detail distribusi per Puskesmas dapat dilihat pada Gambar 6.1 berikut.

Gambar 6.1 Distribusi Tenaga Sanitasi di Kabupaten Lombok Barat tahun 2013

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2013

Secara kuantitas standar yang ditentukan oleh Kementerian Kesehatan RI untuk proporsi tenaga sanitasi terhadap jumlah penduduk adalah 40 tenaga per 100.000 penduduk, atau 1 tenaga sanitasi untuk melayani 2.500 penduduk (Departemen Kesehatan, 2003). Standar proporsi ini termaktub dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat.

Kabupaten Lombok Barat dengan penduduk mencapai 627.618 pada tahun 2013 (BPS Kab. Lombok Barat, 2013), maka seharusnya ada sekitar 252 tenaga sanitasi di Kabupaten Lombok Barat. Kondisi saat ini dengan 36 tenaga, maka Kabupaten

Lombok Barat masih kekurangan tenaga sanitasi sebanyak 217 tenaga sanitasi.

6.2 Aksesibilitas Air Bersih di Kabupaten Lombok Barat

Salah satu indikator Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang menunjukkan tren penurunan yang cukup drastis di Kabupaten Lombok Barat adalah aksesibilitas masyarakat terhadap air bersih. Pengertian akses air bersih dalam IPKM adalah penggunaan air bersih per hari dalam rumah tangga. Akses air bersih dinilai baik jika rumah tangga minimal menggunakan 20 liter per orang per hari dan berasal dari air ledeng/Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM) atau air ledeng eceran/membeli atau sumur bor/pompa atau sumur gali terlindung atau mata air terlindung[13].

Pengertian tentang akses air bersih tersebut merujuk pada definisi yang dikeluarkan oleh Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization*/WHO)[14]. Definisi yang digunakan pada IPKM 2013 ini merupakan penyempurnaan dari definisi IPKM 2007, yang menyatakan bahwa akses air bersih adalah penggunaan air per hari dalam rumah tangga. Akses air baik jika rumah tangga minimal menggunakan 20 liter per orang per hari[15]. Tanpa menyebutkan sumber airnya.

---

13 Periksa Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat*. Badan Litbangkes, Jakarta. Halaman 37.

14 World Health Organization, 2014. *UN-water Global Analysis and Assessment of Sanitation: Increasing Access, Reducing Inequalities.* WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

15 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI., 2014. *Indeks…*. Halaman 8.

Gambar 6.2 Tren Akses Air Bersih Masyarakat di Kabupaten Lombok Barat 2007 dan 2013 berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar

Sumber: Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan

Hasil Riset Kesehatan Dasar 2007 yang diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI menunjukkan cakupan akses air bersih di Kabupaten Lombok Barat mencapai 70,52% penduduk yang memiliki akses terhadap air bersih. Angka ini menurun drastis pada tahun 2013 menjadi 30,85% saja (lihat Gambar 6.2).

Pada saat pelaksanaan Riskesdas 2007, Kabupaten Lombok Utara masih merupakan bagian dari Kabupaten Lombok Barat. Sementara pada saat Riskesdas 2013 Kabupaten Lombok Barat telah mengalami pemekaran menjadi Kabupaten Lombok Utara. Hal inilah yang disinyalir peneliti menjadi penyebab menurunnya cakupan akses masyarakat terhadap air bersih. Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 cakupan akses masyarakat terhadap air bersih

di Kabupaten Lombok Utara sebesar 67,57%, lebih dari dua kali cakupan di Kabupaten Lombok Barat pada tahun yang sama.

Sementara fakta empiris di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat di Kabupaten Lombok Barat lebih dominan menggunakan sumur gali langsung sebagai sumber air bersih dibanding dengan sumber air lainnya (lihat Tabel 6.1). Sumber air bersih yang digunakan masyarakat pada urutan kedua adalah dari PDAM.

Berdasarkan hasil triangulasi di satu kecamatan, meski di beberapa titik secara umum air tersedia cukup melimpah tetapi tetap ada beberapa titik yang sangat minim ketersediaan air bersih. Seringkali hal ini juga disebabkan oleh topografis Labupaten Lombok Barat yang cukup lebar kesenjangannya (diukur berdasarkan ketinggian air laut), dari wilayah pantai, dataran, sampai dengan pegunungan.

> "Di sini tidak ada satu wilayah kecamatan yang sama sekali sulit sumber air bersihnya, Pak. Tiap-tiap kecamatan pasti ada satu-dua *spot* yang sulit air… itu di (Kecamatan) Batu Layar ada di (Dusun) Duduk Atas dan (Dusun) Duduk Bawah sulit air… di (Kecamatan) Sekotong juga ada itu yang satu pulau sulit air… di (Kecamatan) Lembar juga ada…"
>
> (ESB dan Hus, Sanitarian Dinas Kesehatan)

Tabel 6.1 Data Sarana Air Bersih di Kabupaten Lombok Barat Tahun 2014

PUSKESMAS	SUMUR GALI LANG-SUNG	PDAM	SUMUR POMPA TANGAN	PERLIN-DUNGAN MATA AIR	LAINNYA
KURIPAN	6.552	1.650	0	0	0
LINGSAR	2.472	1.632	239	443	0
GUNUNG SARI	6.694	2.603	0	0	3.508
LABUAPI	5.155	1.975	11	0	0
NARMADA	3.693	3.414	75	0	0
GERUNG	4.917	2.483	0	0	28
DASAN TAPEN	6.461	926	273	129	0
SIGERONGAN	3.056	3.847	0	41	0
MENINTING	6.293	1.901	17	8	560
KEDIRI	3.482	3.135	9	0	1.457
SEKOTONG	10.532	0	12	21	0
BANYUMULEK	3.444	824	0	0	0
PERAMPUAN	3.705	1.238	14	6	11
JEMBATAN KEMBAR	5.161	1.916	18	0	0
SEDAU	1.278	30	140	0	3.248
PENIMBUNG	2.237	538	721	717	
PELANGAN	7.593	232	8	0	0
KABUPATEN	82.725	28.344	1.537	1.365	8.812

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat

Untuk masalah fisik ketersediaan air bersih, Dinas Kesehatan dalam posisi yang cukup sulit, karena sebenarnya tanggung jawabnya bukan pada Dinas Kesehatan, tetapi lebih kepada Dinas Pekerjaan Umum. Meski demikian, apabila ketersediaan air bersih kurang, maka dampak terbesarnya

justru mengarah pada kinerja Dinas Kesehatan yang buruk, karena berimbas kepada status kesehatan masyarakat yang akan menurun.

Ketersediaan air bersih di Kabupaten Lombok Barat melibatkan tanggung jawab unsur dinas lain, lintas sektor, yang selain memerlukan tanggung jawab Dinas Pekerjaan Umum, juga melibatkan Dinas Pertambangan. Dalam hal ini Dinas Pertambangan difungsikan lebih kepada wilayah-wilayah yang potensi sumber air bersihnya hanya bisa didapatkan dari sungai bawah tanah yang cukup dalam.

Berikut pernyataan Kepala Seksi Air Bersih dan Sanitasi, Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah Kabupaten Lombok Barat, sekaligus juga sebagai salah satu anggota tim Kelompok Kerja Air Minum dan Penyehatan Lingkungan (Pokja AMPL).

> "Di sini… Dinas (Pekerjaan Umum) ini… hanya yang mengalirkan air permukaan dengan perpipaan… jadi kita mengalirkan air dari sumber-sumber air ke rumah-rumah penduduk dengan gravitasi… kalau yang daerah di gunung-gunung yang potensi airnya tersedia cukup dalam… perlu pengeboran. Sumur bor… baik dari pusat maupun dari Dinas Pertambangan… naah nanti jaringannya kita (Dinas Pekerjaan Umum). Jadi mesinnya kita siapkan sama jaringan ke pelayanan… pokoknya untuk (kedalaman) di atas 50 meter… 75 meter itu kerjaan dia (Dinas Pertambangan) untuk ngebor…"
>
> (Tau, Kepala Seksi Air bersih dan Sanitasi, Bappeda Kabupaten Lombok Barat)

Pembagian jenis pekerjaan untuk ketersediaan air bersih ini cukup jelas, Dinas Pertambangan melakukan eksplorasi sumber-sumber air yang tersedia cukup dalam dan Dinas Pekerjaan Umum yang menyediakan jaringan sampai kepada

masyarakat. Sementara Dinas Kesehatan mempersiapkan dan membina masyarakat pemakai air bersih yang sudah diupayakan pemerintah daerah tersebut.

> “…paska konstruksi itu (oleh Dinas Pekerjaan Umum) kita ada itu namanya BPS… Badan Pengelola Sarana… BPS itu dibentuk… nanti dikeluarkan SK-nya oleh Desa… nah itulaah… kita sebut itu POKMAIR (Kelompok Pengguna Air). Kita ada koordinasi pak… biasanya kita sudah tahu kalau ada pekerjaan air bersih ini dari Dinas PU (Pekerjaan Umum)… kita siapkan masyarakatnya… kita bentuk POKMAIR-nya. Kita siapkan masyarakat untuk bisa mengelola sarana air bersih ini sendiri. Biasanya sanitarian yang ada di Puskesmas-Puskesmas sudah tahu tanggung jawabnya itu…”
>
> (ESB, Sanitarian Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat)

Pekerjaan secara tanggung-renteng unsur-unsur dari Pemerintah Kabupaten Lombok Barat ini cukup rapi. Meski demikian, masih diperlukan partisipasi masyarakat untuk pengembangan jaringan maupun pemeliharaannya, untuk menjamin ketersediaan air bersih yang cukup.

> “Kalau dia butuh bak penampung kita buatkan bak penampung. Kalau dulu kita salurkan pakai HU (*hydrant* umum[16]), kalau sekarang kita pakai sambungan rumah… langsung ke rumah-rumah tapi tidak semua… dalam satu kegiatan misalnya hanya 50 sambungan, dengan harapan sisanya dikembangkan oleh masyarakat sendiri. Setelah fasilitas itu terbangun kita harapkan masyarakat membentuk P2AB[17] (Perkumpulan Pemakai Air Bersih)… kita sarankan bentuk itu… lalu nanti mereka yang kelola… istilahnya sekunder-tersier… kita sediakan sambungan

16 *Hidrant* umum adalah bak-bak penampungan air bersih dengan kapasitas sekitar dua kubik.

17 Istilah P2AB ini sejenis dengan istilah POKMAIR atau Kelompok Pengguna Air yang lebih umum dipakai di bidang kesehatan.

sekundernya, masyarakat yang mengembangkan… membangun jaringan tersiernya…”

(Tau, Kepala Seksi Air bersih dan Sanitasi, Bappeda Kabupaten Lombok Barat)

6.3 *Open Defecation Free*: Harapan yang Mustahil?

Open Defecation Free (ODF) atau “bebas dari buang air besar sembarangan” adalah suatu kondisi ketika setiap individu dalam suatu komunitas tidak lagi melakukan perilaku buang air besar sembarangan yang berpotensi menyebarkan penyakit[18]. Inti dari pengertian ini adalah bahwa kotoran manusia bisa terlokalisir, tidak tercecer di mana-mana, yang bisa menjadi sebab sebuah penyakit.

Pada sebuah masyarakat, suatu komunitas telah dianggap ODF adalah bilamana telah memenuhi lima hal berikut[19]:

1) Semua masyarakat telah BAB hanya di jamban yang sehat dan membuang tinja/kotoran bayi hanya ke jamban yang sehat (termasuk di sekolah).
2) Tidak terlihat tinja manusia di lingkungan sekitar.
3) Ada penerapan sanksi atau peraturan atau upaya lain oleh masyarakat untuk mencegah kejadian BAB di sembarang tempat.

---

18 Periksa Kementerian Kesehatan RI., 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Kemenkes RI, Jakarta. Halaman 4

19 Lima kondisi yang dijadikan persyaratan komunitas ODF ini dirumuskan oleh Bank Dunia melalui program *Water and Sanitation Program East Asia and the Pacific* pada tahun 2009. Lihat World Bank Office Jakarta, 2009. *Informasi Pilihan Jamban Sehat*. Water and Sanitation Program East Asia and the Pacific, Jakarta. Halaman 6

4) Ada mekanisme monitoring umum yang dibuat masyarakat untuk mencapai 100% KK mempunyai jamban sehat.
5) Ada upaya atau strategi yang jelas untuk dapat mencapai Total Sanitasi.

Secara filosofis ODF merupakan sebuah tahapan dalam rangkaian Tangga Perubahan Perilaku (lihat Gambar 6.3), yang tujuan akhirnya adalah Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Kebijakan STBM sendiri sudah menjadi regulasi positif di tingkat pusat yang diluncurkan dalam bentuk Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 3 tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Pengertian STBM dalam kebijakan ini termuat dalam Ketentuan Umum yang menyatakan bahwa STBM adalah sebuah pendekatan untuk mengubah perilaku higienis dan saniter melalui pemberdayaan masyarakat dengan cara pemicuan[20].

Secara eksplisit kebijakan tentang STBM tersebut menyatakan bahwa strategi utama dalam STBM adalah "pemicuan". Pemicuan merupakan suatu cara untuk mendorong perubahan perilaku higiene dan sanitasi individu atau masyarakat atas kesadaran mereka sendiri dengan menyentuh perasaan, pola pikir, perilaku, dan kebiasaan individu atau masyarakat[21].

Saat ini, pendekatan STBM menjadi sangat populer di seluruh dunia. Pendekatan STBM yang dialihbahasakan dari pendekatan CLTS (*Community-led Total Sanitation*) ini dipelopori oleh Bangladesh pada sekitar tahun 1999-

---

20 Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 …* Halaman 4
21 *Ibid.*

2000 oleh Dr. Kamal Kar, pendekatan ini sekarang sedang diterapkan di 43 negara di Asia, Afrika dan Amerika Latin[22].

Gambar 6.3 Posisi ODF dalam Tangga Perubahan Perilaku yang Diharapkan

Sumber: World Bank Office Jakarta, 2009

CLTS atau STBM ini berfokus pada pengupayaan suatu perubahan terhadap perilaku sanitasi, dan bukan berkonsentrasi untuk membangun toilet. CLTS melakukan hal ini melalui suatu proses kebangkitan sosial yang dirangsang oleh para fasilitator di dalam atau di luar komunitas tersebut.

CLTS berkonsentrasi pada perilaku seluruh komunitas dan bukan pada perilaku individu. Manfaat kolektif dari menghentikan kebiasaan buang air besar sembarangan dapat mendorong suatu pendekatan yang lebih kooperatif. Orang-orang memutuskan

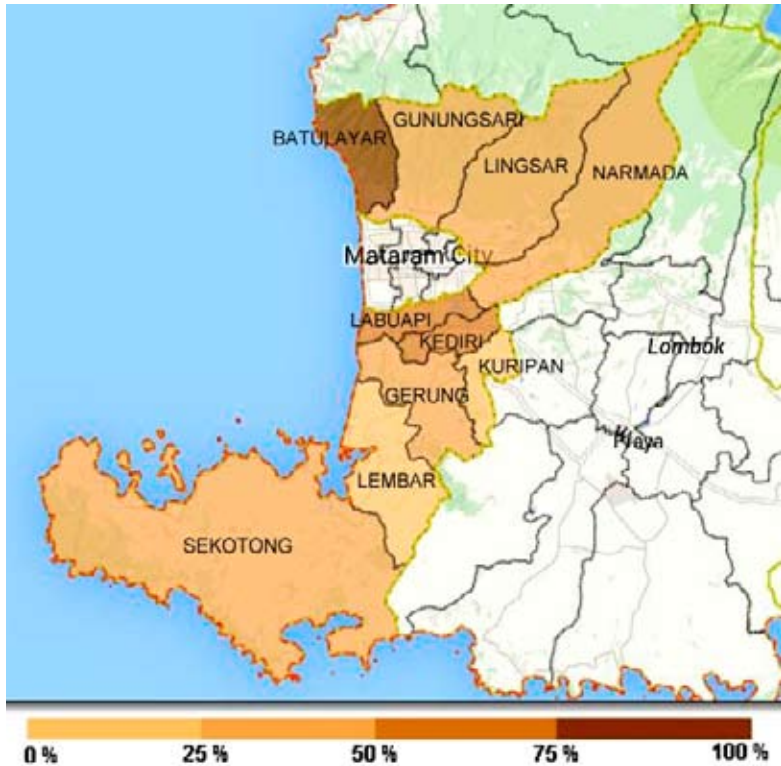
22 Periksa CLTS Foundation, 2012. *Community-led Total Sanitasion*. Diunduh dari http://www.cltsfoundation.org/ pada bulan November 2012

bersama untuk bagaimana mereka akan menciptakan suatu lingkungan yang bersih dan sehat yang memberikan manfaat bagi setiap orang. Adalah fundamental bahwa CLTS tidak melibatkan subsidi perangkat keras rumah tangga individu dan tidak menentukan model-model jamban/kakus. Solidaritas sosial, membantu dan bekerja sama di antara rumah tangga-rumah tangga dalam komunitas merupakan suatu unsur yang umum dan penting dalam CLTS. Sifat-sifat penting lain adalah munculnya para Pemimpin Alamiah secara spontanitas ketika suatu komunitas berjalan menuju ke status ODF; inovasi-inovasi lokal mengenai model-model toilet yang murah dengan menggunakan bahan-bahan yang tersedia secara lokal, dan sistem-sistem imbalan, denda, penyebaran dan peningkatan yang diinovasi oleh komunitas. CLTS mendorong komunitas untuk bertanggung jawab dan mengambil tindakannya sendiri[23].

Kondisi pencapaian ODF saat ini di Kabupaten Lombok Barat sangat bervariasi bila kita komparasikan antar wilayah kecamatan. Ada kecamatan yang pencapaiannya ODF kurang dari 25% dari seluruh desa di wilayah kecamatan tersebut, ada pula yang sudah total 100% seluruh desa di wilayahnya sudah ODF.

Satu-satunya kecamatan yang desanya sudah ODF 100% adalah Kecamatan Batu Layar. Meski di kecamatan ini di beberapa wilayah desanya secara geografis kesulitan melakukan akses terhadap air bersih, tetapi tidak menyurutkan semangat para petugas kesehatan untuk memicu masyarakat agar tidak buang air besar sembarangan. Secara detail gambaran secara spasial

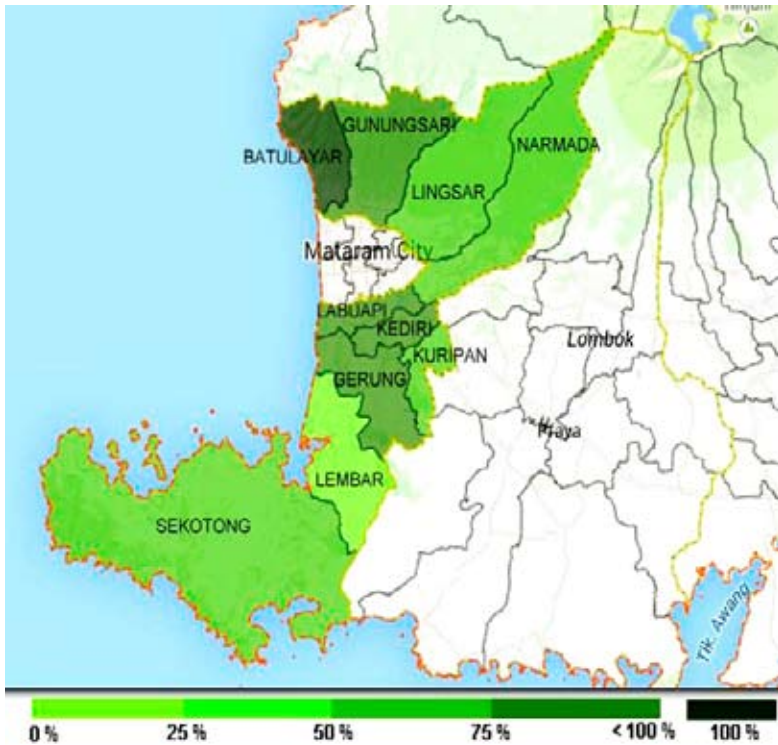
23 Kar, Kamal & Chambers, Robert, 2008. *Handbook on Community-Led Total Sanitation*. Plan International, United Kingdom

pencapaian ODF per kecamatan di wilayah Kabupaten Lombok Barat dapat dilihat pada Gambar 6.4.

Gambar 6.4 Peta ODF (*Open Defecation Free*) di Kabupaten Lombok Barat per tanggal 31 Januari 2015

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2015[24]

ODF adalah langkah ke-dua dari tangga perubahan perilaku yang diharapkan (lihat Gambar 6.3). Tujuan akhir dari tangga

24 Visualisasi peta *Geographic Information System* (GIS) didapatkan dari Web resmi STBM Indonesia di http://stbm-indonesia.org

perubahan perilaku ini adalah STBM. Pada tahap STBM ini akses sanitasi masyarakat tidak hanya sekadar mencapai ODF atau tidak buang air besar sembarangan, tetapi sudah buang air besar di jamban sehat. Pengertian jamban sehat adalah tempat buang air besar yang menggunakan dudukan WC leher angsa dan ber-*septic tank*.

Gambar 6.5 Peta Akses Sanitasi di Kabupaten Lombok Barat per tanggal 31 Januari 2015

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, 2015[25]

25 Visualisasi peta *Geographic Information System* (GIS) didapatkan dari Web resmi STBM Indonesia di http://stbm-indonesia.org/

Pada tahapan pencapaian STBM ini belum ada satu kecamatan pun di Kabupaten Lombok Barat yang bisa mencapai 100%, atau secara keseluruhan desa di wilayahnya mencapai STBM. Secara spasial gambaran pencapaian akses sanitasi per kecamatan dapat dilihat pada Gambar 6.5.

Telah banyak upaya yang dilakukan pemerintah Kabupaten Lombok Barat melalui Dinas Kesehatan untuk memperluas cakupan masyarakat yang memiliki akses terhadap sanitasi yang baik. Upaya ini seringkali berbasis pada pemberdayaan masya-rakat. Upaya yang tidak hanya mengandalkan kemampuan pemerintah semata, tetapi sekaligus bersama-sama dengan masyarakat bekerja sama menggerakkan pembangunan.

Sanitarian yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat adalah salah satu sanitarian terbaik di negeri ini. Hal ini dibuktikan dengan terpilihnya Edi SB (sanitarian Puskesmas Meninting, waktu itu) sebagai sanitarian teladan nasional pada tahun 2010. Hal ini secara tidak langsung turut membuktikan kesungguhan Kabupaten Lombok Barat dalam meningkatkan aksesibilitas masyarakatnya terhadap sanitasi yang lebih baik.

Upaya yang dilakukan oleh Kabupaten Lombok Barat ter-nyata tidak hanya sendirian. Bak gayung bersambut, Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat juga mempunyai semangat yang sama untuk membebaskan seluruh daerah di wilayahnya dari praktek buang air besar sembarangan. Melalui Keputusan Gubernur Nusa Tenggara Barat, Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat meluncurkan kebijakan Gerakan BASNO (Buang Air Besar Sembarangan Nol). Gerakan ini sebenarnya sudah dimulai sejak tahun 2010, dengan pembaruan Surat Keputusan Gubernur Nusa Tenggara Barat setiap tahunnya (lihat Lampiran 3).

Secara umum kebijakan BASNO mengatur tentang Petunjuk Teknis Pemberian Bantuan Keuangan Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat kepada Pemerintah Kabupaten/Kota se-Nusa Tenggara Barat yang dibebankan pada Tahun Anggaran 2013. Secara teknis bantuan tersebut merupakan *reward* program yang diberikan kepada daerah-daerah yang berhasil menjadikan wilayahnya ODF dalam suatu kabupaten/kota. Untuk satu desa atau kelurahan yang berhasil mencapai ODF akan diberikan bantuan sebesar Rp10 juta rupiah, sedang pada tingkat kecamatan bantuan tersebut menjadi lebih besar lagi, Rp50 juta rupiah.

Tujuan dari kebijakan BASNO ini adalah sebagai pedoman dalam pelaksanaan bantuan keuangan untuk percepatan pencapaian Provinsi Nusa Tenggara Barat terbebas dari Buang Air Besar Sembaragan melalui:

1) Pemberdayaan masyarakat dengan mempercepat tercapaiya peningkatan perubahan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan pemicuan STBM;
2) Pemenuhan sarana jamban sehat dengan pengembangan wirausaha sanitasi di kabupaten/kota ;
3) Penciptaan lingkungan yang kondusif dengan pembuatan regulasi terkait program air minum dan sanitasi, monitoring yang berkelanjutan dan kemitraan pemerintah, swasta dan masyarakat.

Dalam pelaksanaan di lapangan keinginan untuk gerakan BASNO ini disambut PKK dengan Dasa Wismanya melalui arisan jamban di beberapa tempat. Sedang di level kabupaten melahirkan inovasi kebijakan untuk mewajibkan setiap calon

jamaah haji untuk membangun satu jamban sebagai salah satu syarat administratif.

Sampai saat ini tujuan utamanya masih dalam tahap perubahan perilaku untuk buang air besar di jamban, belum menyentuh pada fisik jamban sehat. Meski demikian upaya tetap dilakukan untuk merealisasikannya. Di level kabupaten BASNO menjadi sebuah gerakan bersama yang melibatkan lintas sektor SKPD setempat, dengan sasaran akhir pada Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Pembagian peran dilakukan menyesuaikan dengan kemauan dan kemampuan dari setiap SKPD. Selengkapnya integrasi lintas sektor ini dapat dilihat pada Tabel 6.2.

Gambar 6.6 Deklarasi Kecamatan ODF Batu Layar, Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Pada tanggal 10 November 2012, bertepatan dengan Hari Pahlawan, bertempat di Pantai Kerandangan seluruh Kepala Desa beserta dengan Camat Batu Layar

mendeklarasikan diri sebagai kecamatan pertama di wilayah Kabupaten Lombok Barat yang seluruh desanya terbebas dari masalah buang air sembarangan, atau yang dalam bahasa program disebut ODF. Deklarasi Kecamatan Batu Layar sebagai Kecamatan ODF yang dilaksanakan di sela-sela acara Jambore Kader Kesehatan Kabupaten Lombok Barat.

Tabel 6.2 Matriks Integrasi Lintas Sektor Gerakan BASNO

NO	KEGIATAN	BAPPEDA	DINKES	PU	DINSOS	BLH	BPMPD	KOPERINDAG	PKK
1	Perencanaan Pengganggaran Dana STBM	√							
2	Perencanaan Pembangunan AMPL	√							
3	Pengawasan Kualitas Air		√						
4	Pemicuan STBM		√						√
5	Perilaku Hidup Bersih dan sehat		√				√		√
6	5 Pilar STBM		√						√
7	Pembangunan Sarana Sanitasi			√					
8	Survey Lokasi Pembangunan Jamban		√	√		√			
9	Pembangunan MCK/Jamban Komunal			√					
10	PNPM Mandiri			√			√		
11	Bedah Rumah				√		√		
12	Rehab Rumah Tidak Layak Huni			√	√				
13	Perlindungan Mata ir					√			
14	Pengadaan Sarana Pembuangan Sampah			√		√			√
15	Pemberdayaan Masyarakat						√		√
16	Pembinaan Asosiasi Jasa Layanan Sanitasi							√	
17	Pembinaan Wirausaha Sanitasi							√	
18	Dasa Kredit Sanitasi							√	
19	Pelatihan Wirausaha Sanitasi							√	

Sumber: Dinas Kesehatan Lombok Barat, 2012

Selanjutnya kita akan melihat lebih jauh akses terhadap air bersih maupun sanitasi sampai pada realitas keseharian pada tataran masyarakat. Fakta empiris ini akan dipaparkan sebagai tiga buah studi kasus pada tiga dusun di dua wilayah kecamatan yang berbeda. Kecamatan pertama adalah Kecamatan Batu Layar, dengan dua dusun, yaitu Dusun Duduk Atas di Desa Batu Layar Barat dan Dusun Apit Air di di Desa Batu Layar Timur. Kecamatan kedua adalah Kecamatan Lingsar, dengan mengambil Dusun Punikan di Desa Batu Mekar sebagai salah satu studi kasus.

6.4 Studi Kasus Dusun Duduk Atas

Dusun Duduk Atas merupakan salah satu wilayah dari Desa Batu Layar Barat, Kecamatan Batu Layar, yang mempunyai geografis pegunungan. Letaknya berada di atas Dusun Duduk Bawah yang berseberangan dengan kawasan wisata terkenal di Pulau Lombok, Pantai Senggigi. Di bidang kesehatan, secara administratif wilayah ini merupakan wilayah jangkauan Puskesmas Meninting.

Untuk menuju Dusun berpenduduk 240 kepala keluarga ini diperlukan keberanian dan keterampilan yang memadai. Salah prediksi sedikit saja, nyawa taruhannya. Bagaimana tidak? Untuk menuju dusun yang letaknya paling tinggi di wilayah Kecamatan Batu Layar ini hanya bisa ditempuh dengan sepeda motor atau jalan kaki. Jalan yang harus dilewati adalah jalan setapak selebar kurang dari satu meter, naik-turun dengan kemiringan yang ekstrim, bisa mencapai kemiringan 40^0. Salah satu sisi jalan setapak ini adalah jurang dengan kedalaman bisa mencapai belasan meter. Saking sempitnya jalan setapak ini, motor harus berhenti di salah satu sisi jalan saat berpapasan

dengan pengendara motor lain atau pejalan kaki. Peneliti tidak bisa membayangkan bila harus melewati jalan setapak ini saat musim penghujan.

Untuk menaklukkan kemiringan jalan setapak menuju Dusun Duduk Atas selain keterampilan, juga dibutuhkan motor dengan spesifikasi khusus di atas rata-rata. Saat peneliti menjajal *track* setapak dengan kemiringan 40^0, motor *matic* yang peneliti kendarai tidak mampu beranjak naik, meski gas telah ditekan maksimal, bahkan motor secara pasti bergeser turun. Kalau tidak dibantu didorong, tentu saja buku ini tidak akan dapat terselesaikan tepat waktu.

Dusun yang didominasi oleh penduduk berprofesi sebagai penyadap enau ini merupakan wilayah yang menyenangkan untuk hunian. Udara segar merupakan hal pertama yang menyambut peneliti saat mencapai wilayah tersebut. Belum lagi sapa dan senyum ramah penuh ketulusan para penduduk yang berpapasan dengan kami. “Kering di sini, sekarang saja kelihatan hijau karena musim hujan,“ kata Is, bocah laki-laki 15-an tahun yang menjadi pemandu jalan.

Dusun yang berbatasan langsung dengan wilayah Kecamatan Gunungsari di sebelah Utara ini merupakan sebuah wilayah yang termasuk dalam kategori sulit untuk masalah aksesibilitas terhadap air bersih. Meski demikian dusun ini termasuk salah satu dusun berprestasi, mampu mencapai ODF dalam kondisinya yang serba kekurangan air. Setidaknya tercatat demikian di Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat. Untuk itulah peneliti memilih wilayah ini sebagai sebuah pembelajaran bagi wilayah lain.

Penduduk Dusun Duduk Atas banyak memanfaatkan air hujan untuk memenuhi kebutuhan air bersih, meski curah hujan dirasakan tak menentu dalam masa-masa saat ini. Penduduk mendesain rumahnya dengan talang penampung air yang diarahkan menuju bak penampungan yang dibuat dari bata dan semen, bahkan beberapa penduduk menggunakan tandon *profile tank* untuk menampung air hujan tersebut.

Tentu saja penampungan air hujan tersebut hanya bisa diharapkan saat musim penghujan datang. Saat musim kemarau, ceritanya menjadi berbeda. Masyarakat harus menempuh perjalanan cukup jauh untuk mendapatkan air. "Kalau musim kemarau, kami mengambil air di sungai… jauh di bawah sana, jauh… sekitar 3 jam di sana…," kata ibu Fir, seorang ibu rumah tangga muda yang sedang memangku anaknya yang sedang sakit.

Gambar 6.7 Penampungan Air Hujan berupa Tandon Semen (Kiri) dan Tandon *Profile Tank* (Kanan), di Dusun Duduk Atas, Kecamatan Batu Layar Barat, Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Selain memanfaatkan penampungan air hujan dan sungai, beberapa warga di Dusun Duduk Atas ada juga yang memanfaatkan sumber mata air. Meski di wilayah pegunungan, jangan dibayangkan sumber mata air yang jernih, segar, dan melimpah. Di wilayah ini sumber mata air tak lebih dari kubangan 50 centimeter persegi dengan kedalaman hanya \ 60 centimeter. Itupun dengan kondisi air yang memprihatinkan, lebih mirip minuman kopi susu encer (lihat Gambar 6.8). Air yang tidak seberapa inipun akan mengalami penyusutan drastis pada saat kemarau panjang menimpa wilayah pegunungan ini.

Gambar 6.8. Sumber Mata Air di Dusun Duduk Atas, Kecamatan Batu Layar Barat, Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

"Masalah di sini adalah sulit air... mata air di sini hanya terisi pada musim hujan," terang Is, sambil memandu jalan peneliti untuk akses ke pekarangan-pekarangan masyarakat.

Kondisi sulit air yang menimpa masyarakat Dusun Duduk Atas ini tidak menyurutkan petugas sanitarian Puskesmas Meninting untuk melakukan pemicuan, memprovokasi masyarakat, untuk tidak buang air besar sembarangan. Kegigihan upaya sanitarian ini sempat terekam peneliti pada saat observasi di lapangan.

Salah satu teknologi untuk melokalisir kotoran manusia saat buang air besar pada daerah sulit air atau ketersediaan air kurang adalah WC model cemplung. Dengan model cemplung ini air yang dibutuhkan hanya untuk keperluan cebok saja. Berbeda dengan WC yang menggunakan dudukan leher angsa, yang memerlukan air cukup banyak untuk menggelontor kotoran agar bisa masuk melewati cekungan leher angsa.

“Kalau di sini sudah banyak yang punya jamban, Pak. Sudah jarang yang pakai WC cemplung. Susah cari masyarakat yang masih pakai WC cemplung,” elak Luk, sanitarian Puskesmas Meninting, saat peneliti meminta untuk diantar melihat tempat buang air besar model cemplung yang ada di masyarakat. Pernyataan ini pun seakan di-*amin*-i oleh MSR (34 tahun), kepala Dusun Duduk Atas, ”Iya, Pak… yang disini-sini sudah pada pakai (WC) leher angsa semua. Ada juga sih yang masih pakai model cemplung, tapi rumahnya jauh di atas sana,” terang MSR sambil menunjuk wilayah Dusun Duduk Atas yang jauh di atas gunung.

Pada kesempatan terpisah, keterangan sanitarian Puskesmas Meninting yang dikuatkan oleh Kepala Dusun Duduk Atas ini seperti dimentahkan oleh Is.

jamban…"

Gambar 6.9 WC dengan Model Dudukan Leher Angsa yang Dimiliki Sebagian Masyarakat Dusun Duduk Atas, Kecamatan Batu Layar Barat, Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Dalam sebuah observasi, peneliti mendapati sebuah bangunan berbentuk segi empat yang kira-kira memiliki panjang 120 cm x 120 cm. Tidak jauh dari rumah induk, dengan dibatasi oleh papan setinggi satu meter dengan kain-kain bekas yang dibentangkan di sekeliling papan itu, alasnya tersusun dari pecahan-pecahan tegel dan batu batu yang tertata, tempat itu khusus mereka pergunakan untuk buang air kecil. Letaknya kira-kira 4 meter tak jauh dari tempat kami duduk di bale-bale yang menyatu dengan rumah. Pantas kiranya jika kami mencium aroma tidak sedap sewaktu kami duduk. Sebuah bangunan yang sama kami temukan di rumah nenek Sahuni, berjarak kurang lebih 5

meter dari *beruga*[26]. "Itu hanya untuk buang air kecil saja, kalau buang air besar di kebon, ya di mana-mana, kadang di kebon sini kadang di kebon sana…," kata Sahuni waktu kami meminta ijin untuk mengambil gambar bangunan tersebut.

Gambar 6.10 Tempat Buang Air Kecil Sebagian Masyarakat Dusun Duduk Atas, Kecamatan Batu Layar Barat, Kabupaten Lombok Barat
Sumber: Dokumentasi Peneliti

Pada kesempatan terpisah, untuk pembangunan jamban di wilayah Kecamatan Batu Layar, Sanitarian Puskesmas Meninting merekomendasikan beberapa jenis jamban yang berbeda untuk masing-masing wilayah. Untuk beberapa daerah yang tergolong sulit, baik sulit untuk ketersediaan airnya, maupun sulit secara perekonomiannya, disiasati dengan jenis jamban cemplung

---

26 *Beruga* adalah bangunan dari kayu berukuran sekitar empat sampai dengan 12 meter persegi. Semacam *saung* pada orang Sunda, *bale bengong* pada orang Bali, atau *bale-bale* pada orang Jawa.

Arisan Jamban Dusun Duduk Bawah

Agung Dwi Laksono, 2012

Dalam sebuah observasi partisipatif yang dilakukan oleh penulis di Dusun Duduk Bawah, Desa Batu Layar Barat didapatkan informasi tentang arisan jamban yang dilakukan oleh penduduk setempat. Arisan jamban ini merupakan salah satu pola pemberdayaan di bidang kesehatan lingkungan yang dikem-ngkan oleh Puskesmas Meninting.

Dusun Duduk Bawah sendiri merupakan desa minus, ber-topografi pegunungan, yang posisinya berada di seberang jalan dari destinasi wisata Pantai Senggigi. Penduduk di wilayah ini rata-rata memiliki pekerjaan sebagai buruh atau petani yang memanfaatkan hutan lestari untuk menanam umbi-umbian.

Pada pemicuan pertama, Sanitarian Puskesmas Meninting mendatangi kepala desa setempat sebagai sasaran. Tapi sayang Kepala Desa Batulayar Barat kurang merespon ajakan tersebut, dan menyerahkan ke warga untuk pelaksanaannya. Selanjutnya Sanitarian Puskesmas Meninting bergerak dengan strategi lain. Dengan dibantu kader kesehatan setempat, gerakan langsung dilakukan ke masyarakat.

Meski cukup alot, akhirnya bisa membuahkan hasil. Masyarakat di Dusun Duduk Bawah bersedia untuk duduk bersama, berdialog untuk merealisasikan pembangunan jamban di wilayahnya. Berdasarkan kesepakatan mereka, maka akan dilaksanakan pembangunan jamban melalui mekanisme arisan, dengan pembangunan satu buah jamban setiap bulannya.

Salah satu arisan jamban di Dusun Duduk Bawah ini beranggotakan 12 orang, yang setiap tanggal satu mengumpulkan

iuran sebesar Rp50.000,-. Dengan dana yang terkumpul sebesar Rp600.000,- tersebut hanya bisa untuk membiayai pembelian dudukan jamban serta pembelian bahan.

sederhana dengan memakai kayu atau bambu sebagai dudukan. Untuk menghilangkan bau dari jamban tipe cemplung ini, masyarakat menggunakan abu atau kapur yang ditaburkan ke

Gambar 6.11. Masyarakat Bergotong-royong Membangun Jamban

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Untuk pengerjaan fisiknya masyarakat bahu-membahu, bergotong-royong, turun tangan langsung dalam proses pendiriannya. Ada sekitar Rp78.000,- sisa dari pembelian material yang akhirnya dimanfaatkan untuk konsumsi saat kerja bakti pembangunan jamban.

Kesederhanaan yang dibangun bukan tanpa kesulitan. Menurut Jumilah, kader kesehatan yang mengkoordinir kegiatan arisan di Dusun Duduk Bawah ini, dengan anggota arisan yang rata-rata memiliki perekonomian lemah ini, untuk iuran sebesar Rp50.000,- per bulan bukanlah perkara yang mudah bagi mereka. Jumilah pun bertutur,

> "...terkadang anggota arisan membayar dalam beberapa kali pembayaran. Dilakukan secara mencicil beberapa kali dalam

satu bulan. Minggu ini titip sepuluh ribu, minggu besoknya sepuluh ribu lagi... gak apa-apa, yang penting awal bulan saat pembelian material semuanya sudah bisa dilunasi...”

Sebuah kebersamaan dalam masyarakat yang dibangun dengan rasa saling berterima.

Pola arisan jamban ini ternyata cukup populer di seluruh wilayah Kecamatan Batu Layar. Bila di Dusun Duduk Bawah menggunakan pola iuran Rp50.000,- per bulan, maka beberapa dusun lainnya menggunakan pola iuran yang berbeda. Berdasarkan informasi dari kader di masing-masing dusun, di Dusun Bengkaung menggunakan pola iuran Rp20.000,- per minggu, Dusun Lendengrei sebesar Rp2.000,- per hari, sedang di Dusun Pelempat menetapkan iuran yang lebih rendah sebesar Rp1.000,- per hari. Bila dilihat berdasarkan pengerjaannya, di beberapa tempat tidak melakukannya sendiri, tapi menyerahkan kepada tukang bangunan dari masyarakat setempat (ADL).

6.5 Studi Kasus Dusun Apit Aik

Dusun Apit Aik adalah salah satu dusun lereng gunung yang masuk dalam wilayah administrasi Desa Batu Layar Timur. Dusun yang dihuni oleh sekitar 115 kepala keluarga ini sebagian besar masyarakatnya berprofesi sebagai petani kebun dan buruh tani. Hal ini ditandai dengan kepemilikan tanah pekarangan yang cukup luas pada masing-masing rumah tangga.

Di bagian atas dusun ini berbatasan secara langsung dengan Dusun Penangga Timur, Penangga Barat dan Dusun Bunut Boyot. Sedang di bagian bawah Dusun Apit Aik masih ada beberapa dusun lagi, yaitu Dusun Tanah Embet Timur, Tanah Embet Barat, Teloke Lauq, Teloke Tengah dan Dusun Kekeran.

Untuk menuju ke Dusun ini juga dibutuhkan nyali yang cukup besar. Meski tanjakannya tidak securam Dusun Duduk Atas, tetapi bila motor tidak cukup prima, maka motor tidak bisa menanjak. Memang jalur ke Dusun Apit Aik tidak bisa dilalui oleh roda empat. Jalan selebar satu meter ini hanya cukup untuk satu motor saja. *Track*nya pun cukup panjang menembus gunung, yang jarang sekali ditemui perkampungan di kiri dan kanan jalan.

Secara harfiah Apit Aik dalam bahasa Sasak mempunyai arti "Apit Air", atau dusun yang diapit oleh dua air atau sungai. Memang dalam realitas Dusun Apit Aik diapit oleh dua sungai, yaitu Sungai Tutul dan Sungai Pelet.

Meski Dusun Apit Aik diapit oleh dua sungai, tetapi masyarakat di wilayah ini kesulitan untuk mendapatkan air bersih. Mereka mengandalkan air hujan untuk memenuhi kebutuhan airnya.

Gambar 6.12 Tempat Penampungan Air Hujan Berupa Galian Tanah (Kiri); dan yang Dialasi Terpal (Kanan) di Dusun Apit Aik, Kecamatan Batu Layar Timur, Labupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Dalam observasi di lapangan, peneliti mendapati setidaknya ada tiga jenis bak penampungan air hujan (PAH) yang dimiliki masyarakat. Dua di antaranya bukan permanen, pertama hanya berupa galian tanah yang dibatasi dengan tumpukan batu-bata di sekelilingnya, sedang tipe kedua adalah yang galian tanahnya dilapisi dengan terpal plastik seperti milik pak Mis pada Gambar 6.12 (kanan). Fungsi terpal plastik di sini untuk mencegah air merembes keluar, termasuk untuk mencegah agar tidak terkontaminasi air dari luar.

Gambar 6.13 Tempat Penampungan Air Hujan Permanen di Dusun Apit Aik (Kanan), yang dialirkan dari Talang (Kiri), Kecamatan Batu Layar Timur, Labupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Tipe ketiga adalah bak penampungan air hujan yang lebih permanen (Gambar 6.13). Bahan bak terbuat dari tumpukan batu-bata yang direkatkan dengan adonan semen. Tetapi bak model ini sangat jarang dimiliki masyarakat Dusun Apit Aik. Hal ini lebih dikarenakan kebutuhan biaya yang relatif lebih tinggi untuk membangun bak semacam itu.

Menurut keterangan Mur, Kepala Dusun Apit Aik, hanya sekitar 5 rumah tangga dari yang mempunyai bak penampungan air hujan permanen. Sementara sisanya sebanyak 110 rumah tangga menggunakan tanah yang sekadar digali ataupun dilapisi terpal plastik.

Menurut Mur, lelaki 43 tahun yang telah 15 tahun didaulat masyarakat menjadi kepala dusun ini, saat musim kemarau masyarakat harus turun gunung, meminta pada penduduk di Dusun Teloke untuk memenuhi kebutuhan airnya. Bagi Mur hal itu tak terlalu sulit dilakukan, karena ia bisa menggunakan motor untuk keperluan tersebut, tetapi bagaimana bagi anggota masyarakat lainnya? Tentu saja bagi mereka harus memanggul jerigen air itu sendiri, karena kemiskinan adalah keseharian yang sangat setia bagi mereka.

Bagi yang punya cukup uang, keperluan air bersih yang diambil dari Dusun Teloke di bawah bisa ditebus dengan harga Rp5.000,- per jerigen. Harga yang cukup membuat gentar untuk kelas petani kebun di Dusun Apit Aik.

Sebagaimana Dusun Duduk Atas dan dusun lain yang kesulitan air, di Dusun Apit Aik model WC yang dipergunakan adalah WC model cemplung. Model cemplung ini tidak membutuhkan air cukup banyak untuk menggelontor kotoran.

Salah satu model WC cemplung yang didapati peneliti di lapangan adalah yang menggunakan dudukan berupa batangan bambu yang ditata berjajar (Gambar 6.14). Dalam pengamatan WC cemplung ini terletak di turunan di bawah rumah berjarak sekitar 15 meter. WC cemplung ini baru sekitar tiga bulan lalu dibuat. “Ini saya bikin sudah beberapa kali, Pak. Kalau sudah penuh kita timbun dan ganti yang baru… rata-rata setahun sudah hampir penuh… trus bikin yang baru…,” cetus Mur.

Gambar 6.14 WC Cemplung di Dusun Apit Aik, Kecamatan Batu Layar Timur, Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

WC cemplung ini sama sekali tidak menggunakan dinding atau penutup apapun untuk sekadar pembatas agar terhalang dari pandangan orang lain. Dinding pembatas tidak diperlukan karena Mur merasa bahwa lokasi WC cemplung tersebut sangat jauh dari rumah tetangga atau penduduk lain.

Gambar 6.15. Tempat Mandi dan Buang Air Kecil di Dusun Apit Aik, Kecamatan Batu Layar Timur, Kabupaten Lombok Barat

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Menurut Kepala Dusun Apit Aik, tidak semua anggota masyarakat di dusun tersebut melokalisir kotorannya, atau mempergunakan WC cemplung. Sebagian masyarakat masih bertahan membuang kotorannya di alam terbuka. "Ya… biasa di situ pak… alami saja… mereka ndak bikin cemplung itu… di bawah pohon itu saja…," jelas Pak Mur, kepala Dusun Apit Aik. Hal ini sesuai dengan hasil observasi di rumah dan pekarangan Pak Mis, kepala rumah tangga berumur 33 tahun yang menjadi tetangga Pak Mur, yang rumahnya berada di lereng gunung yang lebih atas. Tidak terlihat sama sekali ada galian tanah atau tanda-tanda WC cemplung lainnya, sesuai informasi dari Kepala Dusun Apit Aik.

Menurut pengamatan peneliti, jarak antar rumah penduduk di Dusun Apit Aik cukup jauh, bisa mencapai ratusan meter. Hal ini cukup membuat mereka merasa tenang saat buang air di

pekarangan atau alam terbuka, karena sangat kecil kemungkinan dilihat orang lain. Selain itu juga karena Dusun Apit Aik terletak di pegunungan, sehingga kondisi tanahnya naik-turun, membuat banyak lekukan-lekukan tanah yang bisa dipakai sebagai tempat yang cukup terlindung dari pandangan orang lain saat buang hajat.

Meski demikian, menurut Kepala Dusun Apit Aik ada juga masyarakat yang mempunyai bangunan WC permanen dengan dudukan leher angsa. Tak banyak memang, jumlahnya hanya pada kisaran 25 rumah tangga. "Ada sekitar 25 rumah tangga, Pak, sudah ada WC permanen di rumahnya... seperti di hotel...," cetus Pak Mur.

6.6 Studi Kasus Dusun Punikan

Kecamatan Lingsar merupakan salah satu dari 15 kecamatan yang terletak di Kabupaten Lombok Barat dan terbagi menjadi 10 desa yaitu Desa Petelun Indah, Lingsar, Batu Kumbung, Batu Mekar, Karang Bayan, Langko, Sigerongan, Duman, Dasan Geria dan Desa gegerung. Sesaat memasuki wilayah Lingsar peneliti disuguhi suasana khas pedesaan yang asri dengan pemandangan persawahan di sisi kanan sepanjang jalan dan bonus udara segar yang saat ini terasa semakin langka. Tampak pula beberapa papan nama terpampang nama mata air dan kelompok budidaya ikan dengan keramba yang terlihat di kolam-kolam. Tidak cukup dengan itu, sepanjang jalan ditemui banyak pedagang buah-buahan hasil kebun setempat, tidak salah jika Lingsar ditasbihkan sebagai daerah potensial di bidang agrowisata.

Gambar 6.16 Situasi Lingkungan Kecamatan Lingsar Kabupaten Lombok Barat; Jalan menuju Dusun Punikan (Kiri); Kolam Ikan yang banyak ditemukan di Sepanjang Jalan (Kanan)

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Seorang staf Program Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat menggiring peneliti merapat ke Lingsar dan menuturkan bahwa Lingsar memiliki sumber air bersih yang melimpah dibandingkan wilayah lain di Kabupaten Lombok Barat. Melimpahnya air bersih tidak serta merta diiringi dengan cakupan akses terhadap air bersih tersebut. Mengingat kondisi geografis merupakan salah satu kendala tersendiri bagi masyarakat untuk dapat mengakses air bersih sebagai pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

> "Memang di sini kalau air bersih hampir 80% ke atas bagus dia di sini karena daerah kita nih sumber air, sumber air di sini… yang dari mata air ada, yang dari PDAM-nya ada rata-rata menggunakan air bersih…"
>
> (BM, Kepala Puskesmas Lingsar)

Kecamatan Lingsar dialiri sungai Jangkuk yang bisa dikategorikan sungai besar. Selain sungai juga banyak ditemukan sumber mata air, sehingga tidak pernah ada kekeringan meski-

pun musim kemarau. Tiga tipe pemukiman berdasarkan topografis yang ada di Kecamatan Lingsar, berbeda pula sumber air yang digunakan oleh masyarakatnya. Untuk daerah dataran menggunakan sumber air berasal dari PDAM, untuk daerah yang lebih rendah memanfaatkan sumur sebagai sumber airnya, sedangkan daerah pegunungan memperoleh air dengan disalurkan melalui perpipaan.

Dengan sumber air yang melimpah secara langsung dari mata air membuat banyak masyarakat Dusun Punikan berkeyakinan tentang kemurnian air sumber tersebut. Tak sedikit dari mereka yang percaya dengan kemurniannya, dan hal itu dibuktikan dengan meminumnya secara langsung dari sumbernya tanpa dimasak, meski hal ini disangkal oleh sanitarian Puskesmas.

> "Dulu kan mungkin orang air gayung itu langsung diminum, kalau sekarang udah ngerti kalau air harus dimasak harus direbus karena di Posyandu itu kan ada lembar balik itu lho gini nih kalau minum air tidak dimasak memang secara kasat mata air itu jernih tapi kan kalau dilihat di bawah mikroskop. Daripada saya sakit perut besar lho itu biayanya ke rumah sakit. Apalagi sekarang pake BPJS mba ribet…"
>
> (Th, Sanitarian Puskesmas Lingsar)

Meski juga secara langsung disangkal oleh salah seorang anggota masyarakat, "Air nda pernah dimasak, kita langsung minum, kalau perlu dari kerannya langsung masuk mulut. Kalau terasa sakit diare baru air dimasak dulu buat minum…," cetus Sya (49 tahun).

Berbicara sumber air perpipaan tidak lepas dari Kelompok Pemakai Air (Pokmair). Bagaimana bisa? Awalnya tidak semua dusun dapat mengakses air bersih, meskipun dikelilingi oleh mata air. Kondisi ini terkait keadaan geografis sebagai kendala

penyaluran air bersih. Kemudian sekelompok masyarakat terstimulus atas dasar kebutuhan dan keinginan bersama untuk menginisiasi pembentukan Pokmair.

Kelompok pemakai air adalah sekumpulan keluarga atau masyarakat pemakai air bersih dari sarana air bersih yang dikelola bersama secara gotong royong, tujuannya adalah untuk meningkatkan dan memantapkan peran serta masyarakat dalam kegiatan pembangunan, pemanfaatan, pemeliharaan, perbaikan, dan pengembangan sarana air bersih (Depkes RI, 1993).

Adalah ORA (Organisasi Rakyat), sebuah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), bersama-sama masyarakat setempat berkolaborasi dalam menginisiasi terbentuknya Pokmair di Dusun Punikan, Desa Batu Mekar Kecamatan Lingsar.

> "Dibentuk atas dasar organisasi kerakyatan, ada LSM yang memberdayakan rakyat masyarakat kecil jadi ada yang respon. Ada di Punikan itu LSM ORA truuuus dia itu kan sosial bergeraknya di bidang sosial dan kesehatan…"
>
> (Th, Sanitarian Puskesmas Lingsar)

Desa Batu Mekar adalah salah satu dari 10 Desa yang ada di Kecamatan Lingsar, yang terdiri dari 11 Dusun dan salah satunya adalah Dusun Punikan di mana Pokmair Darma Utama berada. Pokmair ini dibentuk pada tahun 2009 dan menjadi badan hukum pada tahun 2012.

Pokmair Darma Utama dipimpin oleh Kepala Dusun Punikan sendiri, Sy (49 tahun), dengan jumlah anggota 21 orang. Pemanfaat dari Pokmair Darma Utama dengan nama Yayasan Darma Sejati, mampu menyalurkan air bersih ke empat dusun yaitu Dusun Punikan Utara, Punikan Selatan, Pemangkalan dan Endut. Sumber mata air berasal dari Segenter yang masih terletak

di Desa Batu Mekar dengan *reservoir* (tempat penampungan air; lihat Gambar 6.17).

Pendanaan Pokmair Darma Utama bersumber dari LSM ORA dan bantuan Dinas Pemukiman dan Prasarana Wilayah (Kimpraswil) Pemerintah Kabupaten Lombok Barat, sedang masyarakat sebagai pemanfaat turut memberikan sumbangsih berupa tenaga.

> "Dibentuk atas dasar gotong royong kalau yang lain-lain itu, atas dasar kebutuhan bersama, keinginan bersama kemudian bekerja bersama jadi dia atas dasar kebutuhan keinginan masyarakat itu akhirnya dengan teknologi yang ada. Pertama kan melihat aja dulu, dusun orang bisa ngga bikin perpipaan semua rame-rame kan ada sumber air. *Rembug* sesamanya… akhirnya mengalir kaan kalau buatnya gotong-royong..."
>
> (Th, sanitarian Puskesmas Lingsar)

Gambar 6.17 Reservoir Pokmair Darma Utama Dusun Punikan, Desa Batu Mekar, Kecamatan Lingsar

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Meski Pokmair Darma Utama bukanlah Pokmair yang berdiri pertama kali di Kecamatan Lingsar, namun Pokmair ini bisa memberikan solusi kebutuhan terhadap akses akan air bersih di dua dusun di Desa Batu Mekar, yaitu Dusun Pemangkalan dan Dusun Endut. Menurut penuturan Kadus Punikan yang juga merangkap sebagai ketua Pokmair Dara Utama, dengan masuknya air bersih ke dua dusun tersebut, maka turut membantu keberhasilan program kesehatan, yaitu program bebas buang air besar sembarangan, "Kita himbau masyarakat buat WC, karena ada air di mana-mana. Dulu bau berak… makanya kesehatan cukup bagus di Desa Batu Mekar dengan adanya koperasi Pokmair ini…," dalih Sy, Ketua Pokmair Darma Utama.

Dalam perjalanannya keberadaan Pokmair bukan tanpa masalah, ketika terjadi bencana alam yang mengakibatkan beberapa pipa rusak sehingga aliran air bersih ke beberapa wilayah tidak lancar, bahkan terhenti. Selain karena bencana, hambatan juga bisa terjadi karena adanya sumbatan yang menempel di pipa, seperti rumput, lumut, dan lain-lain. Selain hambatan teknis, juga terjadi hambatan dari sisi keuangan. Kesadaran masyarakat untuk membayar tagihan masih rendah, meskipun tarif Pokmair Darma Utama jauh lebih rendah dibandingkan dengan tarif yang dipatok PDAM (lihat Tabel 6.3).

> "Nah… yang sulit diatur itu untuk iuran… karena kita sudah gotong-royong masak kita harus bayar… kalau yang non dia tidak ada kepengurusan tidak pake kilometer (meteran air) jadi dia tidak bayar… hanya kalau ada kerusakan… ya bareng-bareng lagi… tapi sudah ada penanggung-jawabnya sana bisa Kadus bisa kadernya nanti dia yang ngajak untuk perbaiki kerusakan atau macet kan, musim hujan kan biasanya ada aja yang hanyut

gitu kan ada yang apa bisa menyumbat, bisa pipanya yang putus…”

(Th, Sanitarian Puskesmas Lingsar)

Tabel 6.3 Perbedaan Tarif Pemakain Air PDAM dan Pokmair Darma Utama

	PDAM	Pokmair Darma Utama
Beban Tetap	Rp20.000,-	Rp1.000,-
Biaya/m^3	Rp2.000,-	Rp300,-
Denda		

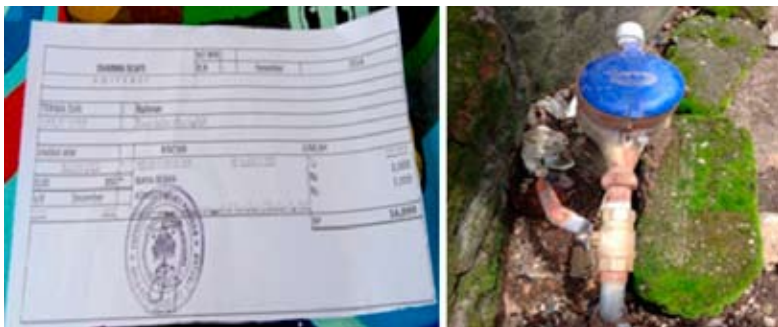
Sumber: Data Primer Penelitian IPKM Kualitatif Kabupaten Lombok Barat 2015

Beberapa keluhan masyarakat pemanfaat Pokmair Darma Utama, seperti diungkapkan oleh Sy (Ketua Pokmair) dijadikan alasan untuk *ngeles* (menghindar) dari tagihan air, “Masyarakat tetap saja menganggap kita kurang becus… masyarakat di sini maunya airnya itu ngocor 24 jam…”

“Sudah acc mata air ini… ada karena dikatakan ini proyek sehingga menjadi organisasi yang mendatangkan keuntungan muncul kecemburuan sosial…”. Kecemburuan sosial, demikian Sy menyebutkan fenomena tersebut. Senada dengan yang diungkapkan Th (Sanitarian Puskesmas Lingsar), egoisme masyarakat yang di wilayahnya sebagai tempat sumber air berada merasa hak airnya diambil ketika air pipa mengalir lebih deras, sebagai akibat gravitasi, ke dusun di luar wilayah yang secara geografis letaknya lebih rendah. Hal ini menyebabkan Pokmair Darma Utama setiap bulannya harus membayar biaya operasional atas air yang disalurkan ke para pelanggannya.

"Kalau yang kemarin-kemarin (kita) boleh mengambil air dari luar dusun tapi sekarang berubah lagi orang, sekarang apa namanya... orang itu sudah melindungi kawasan mata airnya sendiri, sulit kita anu sekarang membuat perpipaan swadaya walaupun di atas sana di luar kampung apalagi luar desa untuk mengambil mata air orang gitu... sekarang setelah orang membaca situasi yaaa semakin seperti itu sekarang..."

(Th, Sanitarian Puskesmas Lingsar)

Sebagai perbandingan, menurut pendapat Th (sanitarian Puskesmas Lingsar), Pokamir yang bagus adalah Pokmair Merce, "PDAM Swasta" disebutnya. Bagus di sini ia nilai secara manajerial tidak menimbulkan konflik dibandingkan Pokmair lainnya. Air dari sumber air dialirkan ke bak umum, dan masyarakat bebas mengakses. Namun ketika dari bak umum dialirkan ke rumah untuk keperluan pribadi, maka ada kompensasi yang harus dibayar ke pengelola.

Gambar 6.18 Tagihan Rekening Yayasan Darma Sejati (Kiri), dan Meter Air (Kanan)

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Dari beberapa hambatan yang ada, menurut AR (43 tahun), salah satu anggota Pokmair Darma Utama ada masalah pada

perpipaan Pokmair Darma Utama, ”…banyak sekali mata air yang mau dimanfaatkan, tapi pipa terlalu kecil… saat ini sedang pengajuan lagi pipa ke Kimpraswil…”. Hal ini dinilai sejalan dengan pernyataan Sy (Ketua Pokmair), “Mata air tidak masalah, masalahnya pendanaan…”. Rencana pengembangan Pokmair Darma Utama ke depan adalah memasang pipa dengan diameter yang lebih besar.

Lingsar… yang Melimpah Ruah, yang Terbuai…

Selain memudahkan akses terhadap air bersih, sumber mata air yang tidak pernah surut mengalir ke anak sungai juga turut memicu perilaku yang tidak saniter, perilaku buang air besar sembarangan.

> “…kan sungai banyak lewat kampung lewat apa itu, banyak air kaaan, ada yang lewat kampung ada yang lewat tengah kampung… Sungai Jangkok besar-besar, jadi langsung di kali. Kalau kita di sini mau musim panas, mau musim hujan airnya deras. Jadi faktor alam tidak mendukung kita hahaha….”
>
> (Th, Sanitarian Puskesmas Lingsar)

Dari 10 Desa yang ada di Kecamatan Lingsar baru 2 desa yang sudah bebas buang air besar sembarangan atau ODF yaitu Desa Batukumbung dan Desa Bukbuk. Hal ini terlihat kontras sekali bila dibandingkan dengan kondisi di Kecamatan Batu Layar, dengan sumber air terbatas, namun bisa sukses dengan ODF-nya.

Menyikapi fenomena tersebut, upaya yang dilakukan oleh Puskesmas sesuai dengan arahan dari Dinas Kesehatan adalah pendekatan solusi melalui satu paket sistem integrasi. “Integrasi antara program kesehatan ibu dan anak, gizi, kesehatan lingkungan, melalui P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) dan Desa Peduli Sehat. Seperti untuk permasalahan

buang air besar sembarangan terintegrasi dengan program Desa Peduli Sehat," jelas BM, Kepala Puskesmas Lingsar.

Kriteria desa yang dijadikan target untuk ODF tahun ini adalah desa dengan luas lahan yang memungkinkan untuk pembangunan Mandi Cuci Kakus (MCK) Umum. Keterangan yang diperoleh peneliti dari sanitarian Puskesmas Lingsar menyatakan bahwa, "Masyarakat ketika diajak tidak ada yang tidak mau tapi yaa terkendala di lahan…."

Sebagai gambaran, ketika memasuki wilayah Dusun Punikan, Desa Batu Mekar penggunaan lahan dominan area persawahan, perkebunan dan perikanan. Rumah penduduk tampak menempati area yang lebih sempit dan berhimpitan. Kecenderungan masyarakat lebih memprioritaskan lahannya untuk kepentingan yang bernilai ekonomis, seperti untuk sawah, kebun, dan kolam ikan. Solusi untuk keterbatasan lahan ini sudah sampai pada tingkat dibuatkan *awig-awig* desa. Regulasi positif di tingkat desa ini menyatakan bahwa untuk masyarakat yang akan membangun rumah baru, maka juga harus membangun MCK.

Selain pembangunan MCK Umum, upaya yang dilakukan Puskesmas juga melalui pemicuan-pemicuan. Pemicuan adalah suatu pendekatan partisipatif yang mengajak masyarakat untuk menganalisis kondisi sanitasi mereka melalui suatu proses pemicuan, sehingga masyarakat dapat berpikir dan mengambil tindakan untuk meninggalkan kebiasaan buang air besar mereka yang masih di tempat terbuka dan sembarang tempat. BM (Kepala Puskesmas Lingsar) menuturkan, "Setiap dusun diadakan pemicuan, selanjutnya ditawarkan langsung untuk bangun jamban…."

Meski demikian, bukan berarti upaya pemicuan yang dilakukan oleh Puskesmas Lingsar tanpa tantangan. Tantangan bukan hanya dari faktor masyarakat sebagai sasaran, tetapi juga ada tantangan yang berasal dari dinas lain.

> "Sebenarnya kalau harapan sih kalau sasarannya tepat kan gitu… karena yang disebut sasaran tepat yaa paling tidak kepala keluarga yang hadir, tapi kenyataannya ibu-ibu aja yang banyak hadir… di samping lahan…"
>
> (Th, Sanitarian Puskesmas Lingsar)

> "Dulu kan ada stimulan, jadi dia (masyarakat) inget. Apalagi sekarang dari departemen lain kan kayak (Departemen) Sosial, PU (Dinas Pekerjaan Umum) ada kegiatan langsung kasih bantuan. Jadi kita kalah saing… kan kita ga boleh kasih bantuan… jadinya yaa penyuluhan saja, sama yaa pemicuan itu…"
>
> (BM, Kepala Puskesmas Lingsar)

Pemicuan dengan pendekatan STBM dirasakan Th (sanitarian Puskesmas Lingsar) menunjukkan peningkatan pesat terhadap kepemilikan jamban pada masyarakat. Meski secara kuantitas pendekatan melalui pemberdayaan tidak secepat ketika upaya dilakukan dengan adanya stimulan.

> "Tapi setelah kita dengan STBM walaupun tenggang waktunya setahun baru kita evaluasi ternyata yaa pesat peningkatan jambannya… jadi yang namanya ga mampu yaa ga bisa langsung kan… nunggu sebulan, dua bulan, setahun, dua tahun kan gitu…"
>
> (Th, Sanitarian Puskesmas Lingsar)

6.7 Tantangan Pemberdayaan Kesehatan Lingkungan

Tantangan yang dihadapi oleh Pemerintah Kabupaten Lombok Barat dalam pembangunan secara umum adalah rendahnya tingkat pendidikan dan tingginya tingkat kemiskinan. Kedua hal ini justru seperti lingkaran setan saat bersinergi dengan status kesehatan masyarakat juga dirasakan rendah.

Secara khusus, tantangan yang dihadapi Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat dalam memperluas cakupan masyarakat dalam akses terhadap air bersih dan sanitasi cukup beragam. Salah satunya adalah karakteristik ketersediaan air pada suatu wilayah. "Untuk memperluas cakupan itu sanitarian kita di Puskesmas-Pukesmas turun langsung ke masyarakat… kita lakukan sesuai pedoman STBM… kita lakukan pemicuan…," jelas ESB, salah satu sanitarian Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat. Menurut pengakuan Dinas Kesehatan, seringkali lebih mudah melakukan pemicuan pada masyarakat di wilayah yang sulit air bila dibandingkan dengan masyarakat di wilayah yang sumber airnya melimpah.

> "Ya… bagaimana yaa… kita di (Dusun) Duduk Atas itu… yang wilayahnya pegunungan… kita bisa dengan mudah melakukan pemicuan ke masyarakat… mereka lebih cepat mengerti. Hal ini berbeda dengan di Lingsar… yang sumber airnya melimpah… ada sungai… tapi tiap pagi itu masyarakat masih banyak yang (buang air) berjajar di pinggir sungai…"
>
> (Hus, Staf Bagian Data dan Informasi Dinas Kesehatan)

Pengakuan Dinas Kesehatan ini juga dibenarkan oleh pihak Puskesmas Lingsar lewat pengakuan sanitariannya:

> "Yaaa… itu masalah di kami, Pak. Itu air sungainya mengalir deras… masyarakat lebih senang buang air di sungai… bersama-sama… bisa sambil ngobrol… mereka lebih senang

> itu… pantatnya terendam air… kalau tidak, tidak bisa keluar katanya…”
>
> (Th, Sanitarian Puskesmas Lingsar)

Selain disebabkan ketersediaan air yang kurang sebagai akibat topografis yang ekstrem, terkadang juga disebabkan oleh hal-hal teknis yang justru disebabkan oleh adanya program dari unsur pemerintah. Tantangan ini dirasakan oleh petugas di Dinas Kesehatan lebih karena adanya bantuan-bantuan yang bersifat memanjakan masyarakat. Bantuan-bantuan yang seringkali bersifat ‘ikan segar’ dari pada bantuan yang bersifat ‘alat pancing’, yang justru bisa mematikan upaya pemberdayaan yang sudah dilakukan. Setidaknya demikian yang diakui oleh beberapa petugas kesehatan.

> “…dia membangun sendiri secara swadaya… sementara di sisi lain ada yang diberikan bantuan-bantuan… nah ini kan menghambat sekali… menghambat STBM itu… kan rohnya STBM itu kan swadaya… itu bantuan dari Pusat yang sering begitu…“
>
> (Hus, Staf Bagian Data dan Informasi Dinas Kesehatan)

Silang pendapat soal adanya program atau bantuan yang justru menghambat upaya pemberdayaan masyarakat ini juga dirasakan petugas kesehatan lain. Sanitarian Dinas Kesehatan berusaha mencontohkan hal berikut:

> “Jaraknya itu ga berjauhan mas… misalkan sekarang di Desa Gerung yaa… ini Gerung Utara… ini Gerung Selatan… Gerung Utara ini belum masuk PNPM misalkan, nah sedangkan Gerung Selatan sudah ada. Di Gerung Utara kita pemicuan… tapi dilihat di Gerung Selatan itu dapat… jadi mereka menunggu (dapat)… nah itu yang betul-betul menghambat saat ini… satu subsidi… satu tidak subsidi…”
>
> (ESB, Sanitarian Dinas Kesehatan)

Lebih lanjut dijelaskan bahwa hal tersebut juga berkaitan dengan akses masyarakat terhadap informasi. Justru pada masyarakat yang akses informasinya terbatas, petugas kesehatan lebih mempunyai kesempatan lebih baik untuk mengarahkan.

> "Kalau saya lihat itu semua karena karakter… masyarakat yang di daerah yang agak terpencil… terisolir dengan informasi… itu gampang sekali diarahkan… gampang sekali. Nah kalau masyarakat sudah terpapar dengan informasi… dengan apa itu modernisasi… itu sudah sulit… lebih ke kota lebih sulit… mereka lebih pinter…"
>
> (ESB, Sanitarian Dinas Kesehatan)

Banyak hambatan yang dirasakan oleh petugas bisa menghambat upaya pembangunan kesehatan, termasuk masih banyaknya penduduk Kabupaten Lombok Barat yang masuk dalam kategori miskin. Tetapi menganggapnya sebagai suatu tantangan dapat memupuk semangat para aparat pemerintah ini untuk tetap bersama-sama dengan masyarakat membangun kesehatan di Kabupaten Lombok Barat.

6.8 Partisipasi Pihak Swasta

Pada subbab sebelumnya banyak dikupas sinergi antara unsur-unsur di pemerintah dengan masyarakat dalam bahu-membahu meningkatkan akses masyarakat terhadap air bersih dan sanitasi. Pada subbab ini akan dikupas peran swasta yang turut andil dalam perluasan akses masyarakat terhadap kedua hal tersebut.

Adalah Mr. W, pria asal New Zealand yang dirasakan oleh masyarakat mempunyai komitmen sangat tinggi pada masyarakat di sekitarnya, untuk turut memajukan wilayah di sekitar perumahan yang dibangunnya. Sosok ekspatriat mantan

pegawai pertambangan PT Newmont yang bertangan dingin ini melibatkan banyak masyarakat sekitar, termasuk kepala dusun, untuk melaksanakan proyek-proyeknya. "Naaah… itu Mr. W pak! Orangnya sangat baik sama orang-orang sini…," cetus Sah, Kepala Dusun Duduk Atas sambil menunjuk seorang lelaki bule berkacamata hitam yang memakai sepatu *boot*, baru turun dari mobil *double* gardannya.

Saat ini pria bule yang beristrikan perempuan asli Sasak, yang merupakan *developer* perumahan berupa vila ini, berkomitmen untuk membangun jalan cor. Mencoba menembus Dusun Duduk Atas agar bisa tersambung dengan jalan raya Senggigi, dengan fasilitas jalan yang lebih layak.

> "Saya sama Pak Sah (Kasun Duduk Atas) dan teman-teman ini… sambil jalankan proyek ini… a… kita ndak mau bikin gelombang di masyarakat bagian sini… tapi ada… yang selalu menghalang kita… dengan pelan-pelan bagaimana caranya jalan kita tembus… lewat sini atau apa lewat rencana kita lewat ke bawah sedikit… kena sudah tanah orang… itu kuncinya…"
>
> (Mr. W, Developer Vila)

Gambar 6.19 Sah, Kepala Dusun Duduk Atas dan Mr. W, Developer Perumahan asal New Zealand

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Kondisi saat ini, sudah hampir sepertiga jalan menuju Dusun Duduk Atas yang sudah jadi, dengan material cor selebar 4 meter yang mampu menahan beban *dump truck*. Selanjutnya, bukan hanya fasilitas jalan yang akan dibangun untuk membuka keterisoliran Dusun Duduk Atas, tetapi juga merambah pada ketersediaan air bersih bagi masyarakat Dusun Duduk Atas. Untuk keperluan tersebut, Mr. W mencoba menggandeng PDAM milik Pemerintah Kabupaten Lombok Barat untuk menjamin ketersediaan suplainya.

> "Nanti bisa jalan lagi proses jalan untuk suplai air… tapi yang jelas dalam waktu dekat saya rasa kualitas dan kuantitas di bulan 4, 5, 6, 7 paling kering, karena konsen saya kenapa saya bisa tarik PDAM… mereka punya meter di masing-masing rumah ada 3 sampai 4 bulan mati meternya, jadi uang yang masuk ke PLN… ah PDAM rendah. Nah ini bisa menguntungkan berapa pihak… termasuk masyarakat. Jadi Kita tambah dua *casing* 10 inchi dari pada rencana semula 5 sumur bor di masing-masing tempat… jadi semua bisa senang…"
>
> (Mr. W, Developer Vila)

Gayung bersambut, Direktur PDAM Kabupaten Lombok Barat pun setuju untuk bekerja sama dengan Mr. W. Berkolaborasi untuk dapat mengalirkan air bersih sampai ke wilayah tersebut.

> "Daripada kita coba bikin sumur bor gagal… setinggi ini ya kan… tidak mau kita. Jadi sekarang malah mereka mau danain proyek ini bukan saya 100%, mereka kontribusi 50%... itu hebatnya pak Dirut (PDAM) ini… kondusif sekali orang… sama seperti pak wakil bupati…"
>
> (Mr. W, Developer Vila)

Gambar 6.20 Jalan Menuju Dusun Duduk Atas yang Masih Asli (Atas); yang Sedang dalam Pengerjaan (Tengah); dan yang Sudah Selesai Pengerasan dan Pengecoran

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Banyak hal yang bisa dilakukan bila benar-benar jalan tembus itu bisa direalisasikan. Manfaat tidak hanya sekadar membuka keterisoliran Dusun Duduk Atas, tetapi juga secara tidak langsung membuka peluang masyarakat untuk meningkatkan pendapatannya.

Bila benar-benar sumber air bersih bisa mencapai Dusun Duduk Atas, maka tantangan mendasar untuk akses sanitasi bisa terpacu untuk diselesaikan. Dari sebuah dusun yang sekadar terbebas dari ceceran kotoran manusia atau ODF, pada saatnya nanti bisa menjadi dusun yang benar-benar ber-Sanitasi STBM. Karena pada akhirnya masyarakat Dusun Duduk Atas bisa membangun WC dengan dudukan leher angsa yang membutuhkan lebih banyak air dalam penggunaannya.

Bab 7
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Pada bab ini peneliti merangkum apa yang sudah diuraikan secara detail mulai bab 1 sampai dengan bab 6 sebagai beberapa kesimpulan. Kesimpulan melingkupi konteks yang melingkupi Kabupaten Lombok Barat, status gizi balita, pelayanan kehamilan, persalinan dan nifas, serta kesehatan lingkungan. Selanjutnya berdasarkan hasil kesimpulan tersebut disusun suatu rekomendasi yang diharapkan bisa diimplementasikan untuk mengatasi permasalahan ataupun mempertahankan apa yang sudah secara baik dilakukan.

Selain itu, kesimpulan dan rekomendasi juga disajikan dalam bentuk matriks. Hal ini dilakukan untuk lebih memudahkan pengambil kebijakan dalam memahami permasalahan di Kabupaten Lombok Barat dengan analisis berdasarkan pendekatan sistem kesehatan nasional (SKN).

7.1 Kesimpulan

Kabupaten Lombok Barat secara umum telah menunjukkan kemajuan dalam pencapaian pembangunan kesehatan melalui program-program yang dijalankan oleh Dinas Kesehatan. Kemajuan ini juga tidak terlepas dari sinergisme dengan lintas sektor, masyarakat maupun dengan swasta. Meski kita juga tidak bisa menampik masih adanya beberapa kekurangan. Berikut adalah beberapa poin kesimpulan dari hasil penelitian ini.

1. Kondisi wilayah Kabupaten Barat yang beragam terdiri dari wilayah pantai, daratan, dan pegunungan merupakan tantangan tersendiri bagi implementasi dan kesinambungan pembangunan kesehatan. Tidak semua wilayah memiliki akses yang mudah, dan juga potensi sumber daya alam yang memadai dalam mendukung program-program yang diterapkan seperti kebutuhan akan air bersih.
2. Kesulitan-kesulitan tersebut memungkinkan kehadiran proses kreatif di berbagai pihak, baik dari masyarakat, tenaga kesehatan dan pemerintah daerah. Perjuangan keras memang dibutuhkan di samping kebutuhan akan sinergi lintas sektoral yang kuat dan berkesinambungan. Demi mencapai keberhasilan yang diinginkan.
3. Ketersediaan sumber daya gizi yang mencukupi dan merata, ketersediaan anggaran bersama keaktifan kader turut menentukan keberhasilan pelaksanaan program dalam rangka menanggulangi permasalahan gizi. Adanya masalah BBLR, kasus bayi gizi buruk, balita gizi kurang dan balita *stunting* menunjukkan bahwa permasalahan gizi balita masih tetap ada di kabupaten Lombok Barat. Infeksi, pola asuh yang salah, faktor sosial ekonomi disinyalir turut berkontribusi terhadap masih tingginya permasalahan ini. Namun demikian upaya dari tenaga kesehatan sudah baik dilakukan, komitmen tenaga kesehatan baik ditingkat Kabupaten maupun Puskesmas untuk mengatasi permasalahan ini, cukup kuat meskipun dengan kondisi sumber daya yang kurang dan belum merata, hal ini ditunjukkan dengan peningkatan drastis angka cakupan program penimbangan di Posyandu.

4. Sinergisme dan komitmen kuat dari seluruh jajaran baik Pemerintah Daerah, lintas sektor dan *leading sector.* Kesehatan mulai tingkat pusat sampai dengan daerah merupakan modal utama Kabupaten Lombok Barat dalam mencapai target penurunan Angka Kematian Ibu. Komitmen dan dukungan kinerja sumber daya manusia yang mumpuni mewujud dalam bentuk luaran program-program kesehatan inovatif, dengan mengedepankan sentuhan *local wisdom*-nya membuktikan memberikan daya ungkit luar biasa terhadap capaian-capaian indikator pelayanan kesehatan ibu hamil, persalinan, dan nifas.
5. Jumlah tenaga sanitasi masih sangat kurang bila dibandingkan dengan standard. Aksesibilitas masyarakat terhadap air bersih dan sanitasi masih menunjukkan adanya masalah pada beberapa titik. Hal ini seringkali lebih dikarenakan faktor topografi Kabupaten Lombok Barat ekstrem. Selain itu juga disebabkan kemampuan fiskal yang terbatas serta ketergantungan pada lintas sektor untuk penyelesaiannya.

7.2 Rekomendasi

Berdasarkan hasil kesimpulan dapat direkomendasikan tiga hal berikut:

1. Permasalahan gizi balita ini merupakan masalah yang multifaktor, tentu saja penyelesaian tidak bisa dalam waktu singkat. Sebuah pendekatan *life cycle approach* dan strategi hulu ke hilir merupakan strategi jangka panjang yang dinilai tepat untuk mengatasi permasalahan ini secara bertahap. Dari luar bidang kesehatan peningkatan status ekonomi, tingkat pendidikan merupakan PR bersama

Pemda setempat. Sementara upaya itu terus berjalan, upaya pemberantasan penyakit menular, perbaikan sanitasi, dan peningkatan pengetahuan ibu dan kesadaran akan kesehatan melalui kelas ibu, kelas gizi, PMBA diperlukan untuk memperbaiki kondisi saat ini. Dan tentunya dukungan dana yang mencukupi dan berkesinambungan untuk upaya baik promotif, preventif maupun kuratif ikut menentukan keberhasilan penanggulangan permasalah-an gizi.

2. Pencapaian yang tetap dikawal dengan program-program jaga mutu merupakan langkah strategis sebagai upaya mempertahankan atas capaian yang diraih. Harapan dari keberhasilan Kabupaten Lombok Barat dengan program inovatifnya yang terbukti ampuh sebagai solusi dari multifaktorial di seputaran permasalahan kematian ibu sebagai peluang untuk dilakukan replikasi ke wilayah lain.
3. Kemampuan fiskal yang terbatas harus disiasati dengan menggandeng pihak lain dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan lingkungan di Kabupaten Lombok Barat. Beberapa pihak swasta (termasuk hotel berbintang di sekitar Pantai Senggigi) bisa digandeng untuk mengambil tanggung jawab sebagai pengampu salah satu desa yang bermasalah yang ada di sekitarnya.

Tabel 7.1 Matriks Kesimpulan dan Rekomendasi dengan Pendekatan Sistem Kesehatan Nasional

NO	SUBYEK	GIZI	KIA	SANITASI
1	**Pembiayaan Kesehatan (Input)**	**Kelemahan** Ketergantungan pada dana BOK untuk pelaksanaan program. **Kekuatan** Adanya dukungan dana dari "pihak luar" untuk pelaksanaan program gizi. **Rekomendasi** 1. Pengembangan menu makanan bergizi dengan bahan pangan lokal. *2. Support* dana yang mencukupi dan terus menerus (penambahan alokasi pada APBD/ APBN)	**Kelemahan** 1. Aturan/Juknis Prosedur Pengurusan Kartu BPJS belum *fixed.* 2. Turunnya dana kapitasi BPJS tidak tepat waktu. **Kekuatan** 1. Dukungan Dana APBD melalui persalinan gratis. 2. Dukungan Dana BOK untuk pelasanaan program Kelas Ibu. 3. Dukungan Dana Lintas Sektor PNPM-MP dan PNPM-GSC. **Kesenjangan** Preferensi masyarakat bersalin di rumah dengan	**Kelemahan** Bergantung pada penganggaran lintas sektor (Dinas PU dan Dinas Pertambangan). **Kekuatan** Adanya dukungan "pihak luar" dalam program penyediaan sarana air bersih dan jambanisasi. **Kesenjangan** Biaya operasional dan biaya pemeliharaan yang belum ter*cover*. **Rekomendasi** 1. Sinkronisasi perencanaan anggaran dengan SKPD terkait.

			bantuan dukun beranak Kab Lombok Barat lebih besar dari rerata nasional **Rekomendasi** Sosialisasi Persalinan Gratis sampai ke tingkat paling bawah/dusun.	2. Alokasi anggaran biaya peyediaan sarana air bersih dan pemeliharaan melalui dana desa. 3. Menjaring *funding sources* dari investor pariwisata.
2	**Sumber daya manusia (Input)**	**Kelemahan** Belum meratanya sumber daya tenaga gizi pada semua Puskesmas. **Kekuatan** Adanya kader pendamping desa dan aktifnya kader Posyandu sangat membantu terlaksananya program Posyandu di Masyarakat.	**Kelemahan** 1. Tenaga Fungsional belum terdistribusi secara merata di Puskesmas. *2. Soft skill* Bidan masih dirasa kurang dalam upaya merangkul dukun beranak (Kemitraan Bidan dan Dukun).	**Kelemahan** 1. Belum terpenuhinya jumlah tenaga sanitasi secara kuantitas. 2. Belum meratanya distribusi tenaga sanitasi antar Puskesmas. **Kekuatan** 1. Tenaga sanitasi yang tersedia dengan kualifikasi yang cukup dapat diandalkan.

		Rekomendasi 1. Penambahan sumber daya gizi dan pemerataan sumberdaya gizi di setiap Puskesmas. 2. Pemberian *reward* kepada kader yang aktif.	**Kekuatan** 1. Pemenuhan Jumlah tenaga bidan melalui program beasiswa sekolah bidan. 2. Komitmen dan motivasi kerja terukur melalui Monev. 3. Terselenggaranya pelatihan sebagai upaya peningkatan kualitas SDM. 4. Adanya Kader Kesehatan sebagai perpanjangan tangan bidan. **Rekomendasi** 1. Pelatihan peningkatan *soft skill* tenaga bidan. 2. Pemberian reward kepada kader yang aktif.	2. Pada beberapa wilayah sanitarian cukup dapat menggerakkan masyarakat melalui upaya pemicuan. **Rekomendasi** 1. Menggandeng perguruan tinggi kesehatan untuk "membuat kapling" sebagai salah satu wilayah daerah binaan. 2. Menggandeng sekolah (dari tingkat SD sampai dengan SLTA) untuk pembinaan kader kesehatan lingkungan.

3	**Farmasi, alkes dan makanan (input & proses)**	**Kelemahan** Ada beberapa Posyandu yang belum memiliki *length board* sehingga harus meminjam dari dusun lain terdekat. **Kekuatan** Alat Ukur berat badan sudah tersedia di masing masing Posyandu. **Rekomendasi** Penambahan *length board* dan timbangan terstandar di masing masing Posyandu.	**Kelemahan** Lokasi Poskesdes seringkali kurang strategis. **Kekuatan** 1. Pemenuhan Jumlah Poskesdes melalui Dana PNPM Mandiri. 2. Fisik Bangunan Puskesmas Representatif. 3. Ada program penggantian tablet FE untuk meningkatkan cakupan FE. **Rekomendasi** Berembug kembali dengan pihak desa untuk relokasi Poskesdes.	**Kelemahan** Ada ketergantungan pengadaan sarana pada pihak lain (SKPD lain) dalam upaya ketersediaan air bersih. **Kekuatan** Masyarakat yang rata-rata masih kekurangan relatif mau untuk diajak berswadaya sesuai dengan kemampuannya. **Rekomendasi** Terus menjalin komunikasi yang intens dengan lintas sektor terkait dalam pemenuhan air bersih dan sarana sanitasi lingkungan.

4	**Upaya Kesehatan (proses)**	**Kelemahan** Kasus gizi buruk masih ada, balita gizi kurang, balita kurus dan stunting masih tinggi. **Kekuatan** Cakupan penimbangan meningkat tajam, serta aktifnya pelaksanaan Posyandu. **Kesenjangan** Permasalahan gizi tidak lepas dari sektor lain, termasuk penyakit infeksi dan pemenuhan kebutuhan gizi rumah tangga yang terkait erat dengan pendidikan dan sosio ekonomi.	**Kelemahan** Persalinan dirumah ditolong oleh dukun masih terjadi. **Kekuatan** 1. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan meningkat signifikan. 2. Dukungan Lintas Sektor dengan Program inovatifnya seperti *ambulance* desa, pemeriksaan Hb pada remaja putri. **Kesenjangan** Kuatnya kepercayaan dan pengalaman turun temurun persalinan di rumah ditolong dukun.	**Kelemahan** 1. Upaya untuk mencapai ODF kadang justru terkendala oleh pendekatan program dari sektor lain. 2. Upaya pemenuhan air bersih tergantung pada SKPD lain (Dinas Pekerjaan Umum dan Dinas Pertambangan). **Kekuatan** Untuk beberapa wilayah yang sulit air justru bisa mencapai ODF. **Rekomendasi** Menjalin komunikasi dengan sektor terkait untuk sinkronisasi program, terutama yang pendekatannya bertentangan.

		Rekomendasi Perbaikan gizi dengan pendekatan *life cycle approach,* serta menjalin kerjasama dengan lintas sektor, seperti sektor pendidikan dan pemberdayaan ekonomi.	**Rekomendasi** 1. Peningkatan softskill bidan dalam upaya merangkul dukun dengan humanis (memanusiakan manusia). 2. Program Kemitraan Bidan dan Dukun diperkuat melalui kegiatan *refreshing.*	
5	**Manajemen, informasi dan regulasi (Input, proses dan output)**	**Kelemahan** Sebagian Puskesmas memiliki data gizi yang masih manual (kertas), belum terekapitulasi ke dalam computer. **Kekuatan** Sebagian Puskesmas memiliki data gizi yang sudah *computerized*.	**Kelemahan** Sosialisasi kebijakan lokal persalinan gratis belum merata sampai ke level dusun. **Kekuatan** 1. Dukungan Pemerintah Daerah dengan Pencanangan Program AKINO	**Kelemahan** Beberapa wilayah masih terkendala minimnya jaringan internet untuk dapat implementasi pelaporan secara online. **Kekuatan** Sistem pencatatan-pelaporan yang berjalan sudah sangat baik.

		Rekomendasi 1. Diadakan pelatihan *hardskill* dalam pengelolaan data gizi Puskesmas. 2. Pembuatan sistem informasi berbasis internet agar input data gizi terstandar dan cepat.	2. Kemampuan Manajerial Pimpinan. 3. Adanya *timeline* Pelaporan melalui pertemuan rutin dan respon cepat laporan melalui supervisi dan pembinaan. 4. Adanya program inovatif seperti PPGDON, *Punishment* melalui mekanisme kontrak kerja bidan sebagai upaya menjaga mutu pelayanan. **Rekomendasi** Tetap berupaya menjaring tokoh masyarakat untuk membantu sosialisasi sampai ke tingkat dusun.	**Rekomendasi** Menggandeng Dinas Infokom untuk memenuhi kebutuhan perangkat keras *online*-isasi.

6	**Pemberdayaan masyarakat (proses)**	**Kelemahan** Ketergantungan program gizi terhadap pelaksanaan program dari pemerintah. **Kekuatan** PNPM GSC sebagai wujud pemberdayaan masyarakat yang sangat besar dukungannya terhadap pelaksanaan program gizi. **Rekomendasi** Pelatihan pembuatan makanan tambahan untuk balita pada orang tua dengan penekanan pada pemanfaatan sumber bahan pangan lokal.	**Kelemahan** Tingkat pendidikan rendah (sebagai akibat tingginya angka putus sekolah di tingkat SMP), sehingga penerimaan kegiatan pemberdayaan belum berjalan baik. **Kekuatan** 1. Dukungan Lintas sektor terhadap keberlangsungan Program pemberdayaan masyarakat seperti Desa Siaga. 2. Peran aktif masyarakat didalam kegiatan-kegiatan pemberdayaan (Kader kesehatan) 3. Adanya peran Tim Penggerak PKK dengan	**Kelemahan** 1. Kesadaran masyarakat di sekitar daerah aliran sungai masih rendah. 2. Cara pendekatan pemberdayaan pada masyarakat yang kadang bertabrakan dengan sektor lain. **Kekuatan** Keberadaan masyarakat kelompok pemakai air (POKMAIR) pada beberapa wilayah. **Rekomendasi** Menjalin komunikasi yang lebih erat dengan sektor lain dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat yang lebih selaras.

			kegiatan *blusukan*nya yang sampai pada tingkat dusun untuk mengetahui secara langsung permasalahan yang terjadi. **Rekomendasi** Peningkatan frekuensi Sosialisasi program-program kesehatan dan penyuluhan.	

Daftar Pustaka

ACC/SCN 2000. *Fourth Report on the World Nutrition Situation*. Geneva: ACC/SCN in collaboration with INFRI

ACC/SCn, 2000. *Nutrition Throughout the Life Cycle*. Fourth Report on the World Nutrition Situation. Geneva. January

Arnold Van Gennep, 1961. *The Rites Of Passage Paperback*. University of Chicago Press, Chicago

Atmarita. 2012. *Masalah Anak Pendek di Indonesia dan Impikasinya terhadap Kemajuan Bangsa*. Gizi Indonesia 35(2) 81-96

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat*. Badan Litbangkes, Jakarta

Badan Pusat Statistik Kabupaten Lombok Barat, 2013. *Kabupaten Lombok Barat dalam Angka Tahun 2013*. BPS Kabupaten Lombok Barat, Gerung

Badan Pusat Statistik Kabupaten Lombok Barat, 2014. *Kabupaten Lombok Barat dalam Angka Tahun 2014*. BPS Kabupaten Lombok Barat, Gerung

Brown E. Judith, 2007. *Nutrition Through the Life Cycle*. Thomson Wardword, United States Amerika

Budi Utomo, 1985. *Mortalitas:Pengertiandan Contoh Kasus di Indonesia*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta

CLTS Foundation, 2012. *Community-led Total Sanitasion*. Diunduh dari http://www.cltsfoundation.org/ pada bulan November 2012

Departemen Dalam Negeri. *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.* Depdagri RI, Jakarta

Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI., 2011. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. PT RajaGrafindo Persada, Jakarta

Departemen Kesehatan RI, 1993. *Pelatihan Kelompok Pemakai Air*. Depkes RI., Jakarta

Departemen Kesehatan RI., 1996. *Pedoman Tugas Bidan Puskesmas sebagai Bidan Koordinator*. Depkes RI, Jakarta

Departemen Kesehatan, 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta: Depkes RI

Departemen Kesehatan RI, 2007. *Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dalam Pengembangan Desa Siaga.* Jakarta: Depkes RI

Departemen Kesehatan RI, 2009. *Menuju Persalinan yang Aman dan Selamat Agar Ibu dan Bayi Lahir Sehat*. Pusat Promosi Kesehatan Depertemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

Dever, Alan, 1984. *Epidemiology In Health Service Management, An Aspen Publication*. Rocville Maryland

Engle L. Patrice, Menon P., Hadad L., 1996. *Care and Nutrition Concepts and Measurement*. International Food Policy Research Institut, Washington

Juariah, 2009. Antara Bidan dan Dukun. *Majalah Bidan.* Volume XIII. Jakarta

Kabupaten Lombok Barat, 2010. *Profil Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2010*. Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, Gerung

Kabupaten Lombok Barat, 2010a. *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2010-2014*. Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, Gerung

Kabupaten Lombok Barat, 2010b. *Rencana Strategis Kabupaten Lombok Barat Tahun 2010-2014*. Bappeda Kabupaten Lombok Barat, Gerung

Kabupaten Lombok Barat, 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2011*. Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, Gerung

Kabupaten Lombok Barat, 2012. *Profil Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2012*. Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, Gerung

Kabupaten Lombok Barat, 2013. *Profil Kesehatan Kabupaten Lombok Barat Tahun 2013*. Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat, Gerung

Kar, Kamal & Chambers, Robert, 2008. *Handbook on Community-Led Total Sanitation*. Plan International, United Kingdom

Kementerian Kesehatan RI, 2014. Pokok-Pokok Hasil Riskesdas Provinsi Nusa Tenggara Barat 2013. Badan

Kementerian Kesehatan RI., 2011. *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat*. Badan Pelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI., 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2562/Menkes/Per/XII/2011 Tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, 2012. Peraturan Presiden RI No 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Road Map Percepatan Program STBM Tahun 2013-2015*. Direktorat Penyehatan Lingkungan, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Kemenkes RI, Jakarta

Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kemenkes RI, Jakarta

Kerzner, Harold, 2001. *Project Management: A System To Planning, Scheduling And Controlling. 7th Edition*. John Wiley & Sons, New York

Laksono, Agung Dwi, 2012. *Catatan Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan*. Badan Litbangkes, Kemenkes RI., Jakarta

Laksono, Agung Dwi, 2013. Sebutir Vitamin yang Menggerakkan. Dalam *Jelajah Nusantara, Catatan Perjalanan Seorang Peneliti Kesehatan.* Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya

Manan, Bagir, 2001. *Menyongsong Fajar Otonomi Daerah.* Pusat Studi Hukum, Fakultas Hukum UII, Yogyakarta.

Marimbi, Hanum, 2010. *Tumbuh Kembang, Status gizi dan Imunisasi Dasar pada Balita*. Nuha Medika, Yogyakarta

Mircea Eliade, 1961. *The Sacred And The Profane: The Nature Of Religion.*Trans. Willard R. Trask. Harper Torchbooks, New York

Muadz, Husni, 2012. *Dialog.* Diunduh dari Transkrip Milis PDBK pada bulan Oktober 2012

Notoatmodjo, Soekidjo, 2005. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta

Nugraheni, W.P., Trihono, dan Sri Nurwatim. 2004. Gambaran Cakupan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Pada Peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin dl Provinsi Jawa Barat (Analisis Data PWS KIA dan JPSBK Tahun 2004). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* - Vol. 9 No. 2 April 2006: 75-81

Nusa Tenggara Barat, Dinas Kesehatan Provinsi, 2013. *Laporan Pemantauan Status Gizi Tahun 2013*. Dinkesprov NTB, Mataram

Nusa Tenggara Barat, Dinas Kesehatan, 2009. *Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat 2009-2013*. Dinkesprov NTB., 2009

Nusa Tenggara Barat, Pemerintah Provinsi, 2011. *AKINO dan Tantangannya* (3A). http://www.ntbprov.go.id (diakses pada 8 Februari 2015)

Nyssa Chairina. 2012. *AKINO: Angka Kematian Ibu Menuju Nol*. http://igi.fisipol.ugm.ac.id. (diakses 8 Februari 2015)

Puskesmas Gunungsari, 2014. *Profil Kesehatan Puskesmas Gunungsari Tahun 2013.* Puskesmas Gunungsari, Gunungsari, Lombok Barat

Puskesmas Meninting, 2014. *Profil Kesehatan Puskesmas Meninting Tahun 2013*. Puskesmas Meninting, Batulayar, Lombok Barat

Republik Indonesia, 2008. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian Dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah*. Depkumham RI, Jakarta

Senge, Peter M., 1994. *The Fifth Dicipline, The Art And Practice of The Learning Organization.* Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc., New York

Soendoro, Triono, 2012. *Aplikasi Prinsip-prinsip Berpikir Sistem.* Diunduh dari Transkrip Milis PDBK pada bulan Oktober 2012

Waterlow J.C., 1992. *Protein Energy Malnutrition*. Edward Arnold A Division of Hodder& Stroughout. London Melbourne Auckland

World Bank Office Jakarta, 2009. *Informasi Pilihan Jamban Sehat*. Water and Sanitation Program East Asia and the Pacific, Jakarta

World Health Organization, 2014. *UN-water Global Analysis and Assessment of Sanitation: Increasing Access, Reducing Inequalities.* WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland

INDEKS

Lampiran 1. Rekomendasi Penelitian dari Kementerian Dalam Negeri

KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Medan Merdeka Utara No. 7 Telp.(021) 3450038, Fax (021) 3454270, Jakarta, 10110

REKOMENDASI PENELITIAN
NOMOR 440.02/0105/Kesbangpol

a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168);

2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;

b. Menimbang : Surat Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Nomor LB.02.01/IV/185/2015 Tanggal 14 Januari 2015 perihal Permohonan Rekomendasi Penelitian.

MENIMBANG BAHWA :

a. Nama/Obyek : Nunik Kusumawardani, MSc., PhD, dkk.

b. Jabatan Tempat/ Identitas : Peneliti Utama/Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Telp. (021) 42872392 No. KTP 3175035202680008.

c. Untuk : 1) Melakukan penelitian, dengan proposal berjudul Meningkatkan Kesetaraan Dalam Kesehatan Memperkuat Pengawasan Pelayanan Dan Pembangunan Kesehatan di Indonesia 2014;
2) Lokasi penelitian : Provinsi Sumut, NTB, Kalteng, Papua, D.I.Y, Maluku, Sultra, Sulteng dan Aceh (9 provinsi);
3) Waktu/lama penelitian : Januari s.d Juni 2015;
4) Anggota tim penelitian : Felly P. Senewe, Dwi Hapsari Tjandrarini, Harimat dkk *(Terlampir)*
5) Bidang penelitian : Kesehatan;
6) Status penelitian : Baru;

d. Melaporkan Hasil penelitian kepada Menteri Dalam Negeri c.q. Dirjen Kesbangpol, paling lambat 6 bulan setelah penelitian.

Demikian rekomendasi penelitian ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Jakarta, 16 Januari 2015
Plt. DIREKTUR JENDERAL
KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Drs. INDRA BASKORO, M. Si
Pembina Utama Madya (IV/d)
NIP. 19600925 198503 1 001

Tembusan :
Yth. Gubernur Sumut, NTB, Kalteng, Papua, D.I.Y, Maluku, Sultra, Sulteng dan Aceh;
up. Kaban Kesbang dan Linmas Prov.

Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian/Pengambilan Data dari Bappeda Kabupaten Lombok Barat

PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK BARAT
BADAN PERENCANAAN (B A P P E D A)
PEMBANGUNAN DAERAH

Alamat : Jln. Soekarno – Hatta Giri Menang Gerung - Telp. (0370) Kepala 681042 Sekretariat 681442
Bid. Sosbud 681037 Bid. Fisik & Pras 681332 FAX 0370-681332

SURAT IJIN PENELITIAN/PENGAMBILAN DATA
Nomor : 070/86/06-Bappeda/2015

Berdasarkan surat dari **Kementerian Kesehatan (Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan)** Nomor : LB.02.01/IV/185/2015, tanggal 16 Januari 2015. Perihal Ijin Penelitian, Survey/Pengambilan Data, maka dengan ini diberikan ijin kepada :

Nama	: **AGUNG DWI LAKSONO,SKM,M.Kes. Dkk**
Pekerjaan	: Peneliti
Tujuan / Keperluan	: Mengadakan Penelitian, Survey/ Pengumpulan Data Dan Informasi/Thesis/KTI
Judul	: **Meningkatkan Kesetaraan Dalam Kesehatan : Memperkuat Sistem Monitoring Pelayanan Dan Pembangunan Kesehatan Di Indonesia**
Lokasi	: Dinas Kesehatan
Lama Penelitian	: Februari – Maret 2015

Demikian ijin Penelitian, Survey/Pengumpulan data ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Gerung, 09 Pebruari 2015.

An. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Kabupaten Lombok Barat.
Kepala Bidang Penelitian Pengembangan,

PEMERINTAH KABUPATEN BAPPEDA LOMBOK BARAT

DR. H. SAHABUDIN, MM.
Pembina (IV/a)
NIP. 19660211 198803 1 017

Tembusan disampaikan kepada Yth :
1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Lobar
2. Yang Bersangkutan untuk maklum
3. Arsip

Lampiran 3. Keputusan Gubernur NTB No. 900-574/2013 tentang Pemberian Bantuan Keuangan dari Pemprov NTB kepada Pemerintah Kab/Kota se NTB Tahun Anggaran 2013

GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT

KEPUTUSAN GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT

NOMOR : 900-574 TAHUN 2013

TENTANG

PEMBERIAN BANTUAN KEUANGAN DARI PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT KEPADA PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA SE NUSA TENGGARA BARAT TAHUN ANGGARAN 2013

GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT,

Menimbang :

a. bahwa sesuai Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2009-2013 dan Peraturan Gubernur Nomor 9 Tahun 2013 tentang Gerakan Buang Air Besar Sembarangan Nol, perlu adanya dukungan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STMB) melalui Gerakan Buang Air Besar Sembarangan Nol (BASNO);

b. bahwa dalam rangka mendukung terlaksananya Gerakan Buang Air Besar Sembarangan Nol (BASNO) perlu diberikan bantuan keuangan untuk kegiatan yang bersifat promotif dan preventif kepada Kabupaten/Kota sesuai kemampuan keuangan daerah;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Gubernur tentang Pemberian Bantuan Keuangan dari Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat kepada Pemerintah Kabupaten/Kota se Nusa Tenggara Barat Tahun Anggaran 2013;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme;
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
4. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);

5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2005 tentang Desa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4587);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 73 Tahun 2005 tentang Kelurahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 159, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4588);
9. Perturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2010 tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah di Wilayah Provinsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5107) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2011 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2010 tentang Tata Cara Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Serta Kedudukan Keuangan Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah di Wilayah Provinsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 44, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5209);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 53 Tahun 2011 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 694);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 37 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2013;
15. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 1 Tahun 2007 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2007 Nomor 1);

16. Peraturan Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 9 Tahun 2012 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2013 (Lembaran Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2012 Nomor 9);
17. Peraturan Gubernur Nomor 30 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengelolaan Bantuan Keuangan di Provinsi Nusa Tenggara Barat (Berita Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2011 Nomor 145);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

KESATU : Memberikan Bantuan Keuangan dari Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat kepada Pemerintah Kabupaten/Kota se Nusa Tenggara Barat Tahun Anggaran 2013 sebesar Rp.**1.500.000.000.00** (Satu Milyar Lima Ratus Juta Rupiah) dengan rincian tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDUA : Petunjuk Teknis pengelolaan Bantuan Keuangan sebagaimana dimaksud Diktum KESATU tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KETIGA : Kabupaten/Kota penerima bantuan keuangan wajib menyampaikan laporan bantuan keuangan yang diterima dengan membuat laporan realisasi fisik dan keuangan, sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

KEEMPAT : Segala biaya yang dikeluarkan sebagai akibat ditetapkannya Keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun Anggaran 2013 yang tersedia di Biro Keuangan Sekretariat Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat.

KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Mataram
pada tanggal 1 - 10 - 2013.

GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT,

H. M. ZAINUL MAJDI

TEMBUSAN disampaikan kepada Yth:
1. Menteri Dalam Negeri RI di Jakarta;
2. Ketua DPRD Provinsi NTB di Mataram;
3. Bupati/Walikota se NTB;
4. Kepala BAPPEDA Provinsi NTB Mataram;
5. Inspektur Provinsi NTB di Mataram;
6. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTB di Mataram;
7. Kepala Dinas Pekerjaan Umum Provinsi NTB di Mataram;
8. Kepala Biro Keuangan Setda Provinsi NTB di Mataram;
9. Kepala Biro Administrasi Pembangunan dan Layanan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah Setda Provinsi NTB di Mataram;
10. Kepala Biro Hukum Setda Provinsi NTB di Mataram;